Supplemento ordinario alla "Gazzetta Ufficiale" n. 199 del 26 agosto 2024 - Serie generale

Spediz. abb. post. - art. 1, comma 1
Legge 27-02-2004, n. 46 - Filiale di Roma

GAZZETTA UFFICIALE
DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA **Roma - Lunedì, 26 agosto 2024** SI PUBBLICA TUTTI I GIORNI NON FESTIVI

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DELLA GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE LEGGI E DECRETI - VIA ARENULA, 70 - 00186 ROMA
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - VIA SALARIA, 691 - 00138 ROMA - CENTRALINO 06-85081 - LIBRERIA DELLO STATO
PIAZZA G. VERDI, 1 - 00198 ROMA

N. 32

PRESIDENZA
DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO

INTESA 25 luglio 2024.

Intesa, ai sensi dell'accordo Stato-regioni del 5 dicembre 2013, Rep. atti n. 164/CSR, sull'ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta, ai sensi dell'articolo 8 del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modificazioni. Triennio 2019-2021. (Rep. atti n. 132/CSR del 25 luglio 2024).

SOMMARIO

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO

DECRETI, DELIBERE E ORDINANZE MINISTERIALI

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO

INTESA 25 luglio 2024.

Intesa, ai sensi dell'accordo Stato-regioni del 5 dicembre 2013, Rep. atti n. 164/CSR, sull'ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta, ai sensi dell'articolo 8 del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modificazioni. Triennio 2019-2021. (Rep. atti n. 132/CSR del 25 luglio 2024).

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO

Nell'odierna seduta del 25 luglio 2024:

Visto il decreto-legge 29 marzo 2004, n. 81, convertito, con modificazioni, dalla legge 26 maggio 2004, n. 138, che, all'art. 2-*nonies*, dispone che l'accordo collettivo nazionale concernente il personale sanitario a rapporto convenzionale è reso esecutivo con intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano;

Visto l'accordo Stato-regioni del 5 dicembre 2013, avente ad oggetto la disciplina del procedimento di contrattazione collettiva per il rinnovo degli accordi con il personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale, ai sensi dell'art. 52, comma 27, della legge 27 dicembre 2002, n. 289 (rep. atti n. 164/CSR);

Vista la nota acquisita al prot. DAR n. 11927 in data 11 luglio 2024 e diramata alle amministrazioni interessate il 15 luglio 2024, con prot. DAR n. 12055, con la quale la Conferenza delle regioni e delle province autonome, al fine di acquisire la prevista intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, ha trasmesso copia dell'ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta, ai sensi dell'art. 8 del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modificazioni, triennio 2019-2021 (sottoscritta in data 21 maggio 2024), con allegati i seguenti documenti:

atto di indirizzo del Comitato di settore regioni-sanità;

parere favorevole del Comitato di settore comparto regioni-sanità;

certificazione positiva della Corte dei conti;

Considerato che, nel corso della odierna seduta di questa Conferenza, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano hanno espresso avviso favorevole al perfezionamento dell'intesa sull'ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta, ai sensi dell'art. 8 del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modificazioni, triennio 2019-2021;

Acquisito, quindi, l'assenso del Governo;

Sancisce intesa:

ai sensi dell'accordo Stato-regioni del 5 dicembre 2013, rep. atti n. 164/CSR, sull'ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta, ai sensi dell'art. 8 del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modificazioni. Triennio 2019-2021.

Il Presidente: CALDEROLI

Il segretario: D'AVENA

ALLEGATO

SISAC
Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati

IPOTESI DI ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA AI SENSI DELL'ART. 8 DEL D.LGS. N. 502 DEL 1992 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI ED INTEGRAZIONI –

TRIENNIO 2019-2021

In data 21 maggio 2024 alle ore 16:00 ha avuto luogo l'incontro per la firma dell'Ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i pediatri di libera scelta ai sensi dell'articolo 8 del d.lgs., n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni tra

la **SISAC** nella persona del Coordinatore dott. Marco Luca Caroli *firmato*

e le seguenti Organizzazioni Sindacali:

FIMP *firmato*

SIMPEF *firmato*

FEDERAZIONE CIPE-SISPE-SINSPE *firmato*

Vista la Legge 23 dicembre 1978, n. 833;

Visto il Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive integrazioni e modificazioni;

Visto l'articolo 4, comma 9, Legge 30 dicembre 1991, n. 412 e successive integrazioni e modificazioni;

Vista la Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, recante modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione della Repubblica Italiana;

Visto l'articolo 52, comma 27, Legge 27 dicembre 2002, n. 289 e successive integrazioni e modificazioni;

Vista la Legge 8 novembre 2012, n. 189;

Visto il vigente Patto per la Salute;

Visto l'Accordo tra le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, il Ministero della Salute, il Ministero dell'economia e delle finanze, il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, avente ad oggetto la disciplina del procedimento di contrattazione collettiva per il rinnovo degli accordi con il personale convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale, ai sensi dell'articolo 52, comma 27 della Legge 27 dicembre 2002, n. 289, del 5 dicembre 2013 (Rep. 164/CSR);

Visto l'articolo 2 nonies della Legge 26 maggio 2004, n. 138;

Visto l'Accordo Stato-Regioni nella Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome del 29 luglio 2004;

Visto l'articolo 1, comma 178 della Legge 30 dicembre 2004, n. 311;

Visto l'articolo 1, commi 436, 437, 438 e 439 della Legge 30 dicembre 2018, n. 145;

Visto l'articolo 1, comma 127 della Legge 27 dicembre 2019, n. 160;

Visto l'articolo 1, comma 959 della Legge 30 dicembre 2020, n. 178;

Visto l'articolo 9-quater del Decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78 convertito, con modificazioni, dalla Legge 6 agosto 2015, n. 125;

Visto il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 settembre 2015, n. 178 recante regolamento in materia di fascicolo sanitario elettronico (FSE);

Visto il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, comma 7, del Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;

Visto il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 27 febbraio 2017;

Visto il Decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze 23 maggio 2022, n. 77;

Visto il Decreto del Ministero della Salute 29 luglio 2022;

Vista l'Intesa Stato-Regioni, n. 28/CSR del 21 febbraio 2019, Intesa sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 tra il Governo, le Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano, sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019- 2021, di cui all'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266;

Visto il vigente Piano nazionale di prevenzione vaccinale (PNPV);

Visto l'Accordo Stato-Regioni, n. 36/CSR del 7 febbraio 2013 recante linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale;

Visto l'Accordo Stato-Regioni, n. 160/CSR del 15 settembre 2016, Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento "Piano nazionale della cronicità" di cui all'art. 5, comma 21, dell'Intesa n. 82/CSR del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016";

Visto l'Accordo Stato-Regioni, n. 221/CSR del 24 novembre 2016, Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del numero europeo armonizzato a valenza sociale 116117";

Visto l'Accordo Stato-Regioni, n. 14/CSR del 2 febbraio 2017, Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento "La formazione continua nel settore salute";

Vista l'Intesa Stato-Regioni, n. 113/CSR del 21 giugno 2018, Intesa, sensi dell'Accordo Stato-Regioni del 5 dicembre 2013, rep. atti n. 164/CSR, sull'ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta- triennio 2016-2018.

Visto l'Accordo Stato-Regioni, n. 215/CSR del 17 dicembre 2020, Accordo ai sensi dell'articolo 4, comma 1 del D.Lgs. 28 agosto 1997, n. 181 sul documento recante "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina".

Al termine della riunione, le parti hanno sottoscritto l'allegato Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta.

INDICE

TITOLO I – DISPOSIZIONI GENERALI

CAPO I – CONTESTO ISTITUZIONALE

ART. 1 – QUADRO DI RIFERIMENTO.

1. Le Regioni e le Province autonome (in seguito Regioni), le Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative della pediatria di libera scelta (in seguito Organizzazioni Sindacali) con il presente Accordo definiscono le condizioni per il rinnovo dell'Accordo Collettivo Nazionale, come disposto dall'articolo 8 del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni.
2. La sostenibilità economica del Servizio Sanitario Nazionale e la crescente esigenza di qualificazione dei servizi sanitari territoriali richiedono una nuova organizzazione del sistema delle cure primarie valorizzando i pediatri di libera scelta e promuovendo l'integrazione con altre figure professionali. Con il presente rinnovo contrattuale si dà attuazione alla riforma introdotta nell'ordinamento vigente con la Legge 8 novembre 2012, n. 189 con riferimento, in particolare, alle disposizioni contenute nell'articolo 1.
3. Le Regioni rispettano le clausole del presente Accordo applicandone i principi negli Accordi decentrati al fine del miglioramento della qualità dell'assistenza, dell'uniforme applicazione sull'intero territorio regionale e della tutela del rapporto individuale di lavoro con i pediatri di libera scelta convenzionati, valorizzando il rapporto fiduciario medico-paziente.
4. Le Regioni e le Organizzazioni Sindacali ribadiscono la validità del Servizio Sanitario Nazionale solidale, universale ed equo, quale organizzazione fondamentale per la tutela e la promozione della salute.
5. Nel contesto legislativo e regolamentare in cui opera, il presente Accordo Collettivo Nazionale risponde anche agli indirizzi del Patto per la Salute, con particolare riferimento a PDTA, cronicità, integrazione sociosanitaria, attività di prevenzione, valorizzazione del territorio, nonché agli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale ai sensi dell'articolo 4.

ART. 2 – CAMPO DI APPLICAZIONE E DURATA DELL'ACCORDO.

1. Ai sensi dell'articolo 8, comma 1, del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni il presente Accordo Collettivo Nazionale regola sotto il profilo economico e giuridico, l'esercizio delle attività professionali tra i pediatri di libera scelta e le Aziende Sanitarie, per lo svolgimento, nell'ambito e nell'interesse del S.S.N., dei compiti e delle attività per la tutela della salute dei minori fino al compimento del quattordicesimo anno di età.
2. In questo contesto e in ottemperanza alle vigenti disposizioni di legge, il pediatra di libera scelta esercita un'attività libero-professionale contrattualizzata e regolamentata dall'ACN nel rispetto del modello organizzativo regionale per il perseguimento delle finalità del S.S.N.
3. L'assetto organizzativo è determinato dalla programmazione regionale nel rispetto della normativa vigente e del presente ACN.
4. Il presente Accordo, relativo al triennio 2019-2021, entra in vigore dalla data di assunzione del relativo provvedimento da parte della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province autonome e rimane in vigore fino alla stipula del successivo Accordo.

ART. 3 – LIVELLI DI CONTRATTAZIONE.

1. L'Accordo Collettivo Nazionale si caratterizza come momento organizzativo ed elemento unificante del S.S.N., nonché come strumento di garanzia per i cittadini e per gli operatori.
2. I tre livelli di negoziazione previsti dalla normativa vigente (nazionale, regionale e aziendale) devono risultare coerenti col quadro istituzionale vigente, rispettando i principi di complementarietà e mutua esclusione che devono rendere razionale l'intero processo di contrattazione.
3. Il livello di negoziazione nazionale si svolge attorno ad aspetti di ordine generale, quali ad esempio:
   a) la definizione dei compiti, delle funzioni e dei relativi livelli di responsabilità del personale sanitario convenzionato, a partire dall'attuazione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza;
   b) la dotazione finanziaria a disposizione dei tre livelli di negoziazione per gli incrementi da riconoscere al personale medico convenzionato in occasione del rinnovo contrattuale;
   c) la definizione e le modalità di distribuzione dell'onorario professionale (parte economica fissa);
   d) la definizione della parte variabile del compenso;
   e) la rappresentatività sindacale, nazionale, regionale ed aziendale;
   f) la definizione di requisiti e criteri per l'accesso ed il mantenimento della convenzione;
   g) la responsabilità delle Regioni e delle Aziende Sanitarie nei confronti della piena applicazione dell'Accordo Collettivo Nazionale;
   h) i criteri generali della formazione obbligatoria, nei suoi principali aspetti.
4. Il livello di negoziazione regionale, Accordo Integrativo Regionale (AIR), definisce obiettivi di salute, percorsi, indicatori e strumenti operativi per attuarli, in coerenza con la programmazione e le finalità del Servizio Sanitario Regionale ed in attuazione dei principi e dei criteri concertati a livello nazionale, anche in considerazione di quanto previsto dal successivo articolo 4, nonché la modalità di distribuzione della parte variabile del compenso e le materie esplicitamente rinviate dal presente Accordo.

   Le Regioni e le Organizzazioni Sindacali firmatarie del presente Accordo si impegnano a definire gli Accordi Integrativi Regionali come previsto dall'articolo 8, comma 3.
5. Il livello di negoziazione aziendale, Accordo Attuativo Aziendale (AAA), in applicazione dell'AIR, specifica i progetti e le attività dei pediatri convenzionati necessari all'attuazione degli obiettivi e dei modelli organizzativi individuati dalla programmazione regionale, tenuto conto anche della programmazione di cui all'articolo 13.
6. Ai sensi dell'articolo 40, comma 3-quinquies del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 e s.m.i., come richiamato dall'articolo 52, comma 27 della L. 27 dicembre 2002, n. 289, eventuali clausole degli Accordi regionali ed aziendali in contrasto rispetto al presente Accordo sono nulle, non possono essere applicate e sono sostituite ai sensi degli articoli 1339 e 1419, secondo comma, del Codice Civile.
7. Gli Accordi regionali ed aziendali sono trasmessi alla SISAC ed ai rispettivi Comitati regionali entro 30 (trenta) giorni dall'entrata in vigore.

ART. 4 – OBIETTIVI PRIORITARI DI POLITICA SANITARIA NAZIONALE.

1. La programmazione regionale finalizza gli AAIIRR alle esigenze assistenziali del proprio territorio, tenendo conto anche degli indirizzi di politica sanitaria nazionale in tema di attuazione degli obiettivi prioritari declinati nelle seguenti lettere:

a) *PIANO NAZIONALE DELLA CRONICITÀ (P.N.C.).* Il P.N.C. impegna le Regioni nella programmazione di un disegno strategico centrato sulla persona ed orientato su una migliore organizzazione dei servizi ed una piena responsabilizzazione di tutti gli attori dell'assistenza. Per prevenire e ridurre il rischio di cronicità e migliorarne la gestione nel rispetto delle evidenze scientifiche, dell'appropriatezza delle prestazioni e della condivisione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA), in coerenza con le scelte di programmazione regionale, gli AAIIRR prevedono l'attiva partecipazione dei pediatri di libera scelta ai programmi di prevenzione e promozione della salute del bambino ed alla presa in carico degli assistiti affetti da malattie rare o croniche e ad alta complessità per rendere più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza e assicurando maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini.

b) *PIANO NAZIONALE PREVENZIONE VACCINALE (P.N.P.V.).* La riduzione del carico delle malattie infettive prevenibili da vaccino rappresenta una priorità per il nostro Paese, da realizzare attraverso strategie efficaci ed omogenee sul territorio nazionale. Il calendario vaccinale indica le vaccinazioni attivamente e gratuitamente offerte alla popolazione per fasce d'età. Le Regioni definiscono il modello organizzativo necessario a garantire l'erogazione e la piena fruibilità delle vaccinazioni inserite nel calendario vaccinale e nell'ambito degli AAIIRR possono prevedere una attiva partecipazione dei pediatri di libera scelta nelle vaccinazioni e nelle relative attività collegate.

c) *ACCESSO IMPROPRIO AL PRONTO SOCCORSO.* L'aumento complessivo della domanda di salute, l'evoluzione tecnologica, i cambiamenti demografici e sociali in corso determinano la necessità di presa in carico globale del cittadino e pongono il tema dell'integrazione dei servizi e della continuità assistenziale al centro delle politiche sanitarie. Pertanto è necessario avviare un riassetto del sistema di domanda/offerta e promuovere un cambiamento culturale relativo alle modalità di approccio al bisogno di salute. In tale contesto gli AAIIRR prevedono l'integrazione nelle reti territoriali dei pediatri di libera scelta e delle loro forme organizzative con le strutture, con i servizi e con tutte le altre figure professionali del territorio, per garantire la continuità dell'assistenza ed evitare, per quanto possibile, l'accesso al pronto soccorso per prestazioni non urgenti e/o considerabili inappropriate, anche con il coinvolgimento dei pediatri di libera scelta nelle prestazioni diagnostiche di primo livello collegate all'accesso improprio.

d) *GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA E APPROPRIATEZZA.* Nell'ambito degli AAIIRR, fermo restando la programmazione regionale in tema di prestazioni necessarie e coerenti col fabbisogno, deve essere prevista specificamente la partecipazione dei pediatri di libera scelta ai percorsi regionali di prescrizione, prenotazione, erogazione e monitoraggio delle prestazioni, che distinguano i primi accessi dai percorsi di *follow-up* nel rispetto delle condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza previsti dalle normative vigenti.

ART. 5 – ARRETRATI ED INCREMENTI.

1. Preso atto delle disposizioni assunte dal Governo in materia finanziaria, come da atto di indirizzo pervenuto, le parti concordano l'erogazione delle risorse relative agli arretrati previsti per gli anni 2019 e 2020 e gli arretrati e gli incrementi a decorrere dal 1 gennaio 2021, per i pediatri di libera scelta, da erogarsi secondo le seguenti tabelle e da considerarsi al netto degli oneri previdenziali a carico dell'Azienda:

Pediatri di Libera Scelta

TABELLA A1 – Arretrati 2019-2020

Anno	€/anno per assistito
Arretrati 2019	1,63
Arretrati 2020	2,64

Pediatri di Libera Scelta

TABELLA A2 – Arretrati ed incrementi dal 1 gennaio 2021

Decorrenza	€/anno per assistito	Riferimento ACN
dal 1 gennaio 2021	1,61	Articolo 44, comma 1, lettera A, punto I
dal 1 gennaio 2021	3,54	Articolo 44, comma 1, lettera B, punto I

Conseguentemente, a far data dal 1gennaio 2021, il compenso forfetario annuo per assistito di cui all'articolo 44, comma 1, lettera A, punto I, è rideterminato in Euro 87,92 (ottantasette/92).

2. Gli arretrati di cui alle tabelle A1 ed A2 sono corrisposti nel limite del massimale del pediatra di libera scelta e delle scelte in deroga in carico nell'anno di riferimento. Gli incrementi di cui alla tabella A2, decorrenti dalla data di entrata in vigore del presente Accordo, sono corrisposti nel limite del massimale e delle scelte in deroga di cui all'articolo 36.

3. Gli arretrati di cui alla tabella A1 e quelli derivanti dagli adeguamenti contrattuali di cui alla tabella A2 sono corrisposti entro 60 giorni dall'entrata in vigore del presente ACN.

ART. 6 – FLUSSI INFORMATIVI.

1. I pediatri di libera scelta assolvono ai compiti informativi derivanti dalla normativa nazionale e dai conseguenti provvedimenti regionali attraverso i sistemi informativi nazionali e regionali mediante la cooperazione ed interoperabilità dei propri applicativi, nel rispetto della normativa sulla *privacy*.
2. Il pediatra assolve al debito informativo ottemperando in particolare agli obblighi previsti da:
   a) sistema informativo nazionale (NSIS);
   b) tessera sanitaria e ricetta elettronica, inclusa la ricetta dematerializzata;
   c) fascicolo sanitario elettronico (FSE).
3. Il pediatra assolve, altresì, agli obblighi previsti dal flusso informativo definito dalla Regione, senza oneri tecnici ed economici per la trasmissione a carico dei pediatri di libera scelta e sulla base degli ulteriori compiti previsti per il raggiungimento di specifici obiettivi.
4. L'inadempienza agli obblighi di cui al comma 2, lettera b), documentata attraverso le verifiche del Sistema Tessera Sanitaria, determina una riduzione del trattamento economico complessivo del pediatra di libera scelta in misura pari al 1,15% su base annua. La relativa trattenuta è applicata dall'Azienda Sanitaria sul trattamento economico percepito nel mese successivo al verificarsi dell'inadempienza. La riduzione non è applicata nei casi in cui l'inadempienza dipenda da cause tecniche non legate alla responsabilità del pediatra.
5. Le comunicazioni tra Azienda Sanitaria e pediatri di libera scelta avvengono attraverso modalità informatizzate e l'impiego della posta elettronica certificata.

ART. 7 – TAVOLO DI CONSULTAZIONE NAZIONALE.

1. Al fine della valutazione del processo di applicazione del presente ACN e di quanto previsto dagli AAIIRR conseguenti al medesimo, nonché al fine di documentare il grado di convergenza/divergenza verso l'obiettivo della uniforme erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, le Regioni e le Aziende Sanitarie trasmettono alla SISAC il testo degli Accordi decentrati (AIR – Accordo Integrativo Regionale e AAA – Accordo Attuativo Aziendale). La SISAC definisce e raccoglie periodicamente per via informatica ulteriori informazioni utili al monitoraggio.
2. Tali informazioni potranno riguardare i seguenti aspetti:
   a) assetto organizzativo dei servizi territoriali;
   b) principali attività degli stessi servizi;
   c) dimensione economico-finanziaria della loro gestione;
   d) monitoraggio degli Accordi Integrativi Regionali.
3. La SISAC si impegna a rendere noti periodicamente i risultati di questa attività di monitoraggio.
4. La SISAC attiva un tavolo di consultazione nazionale con le Organizzazioni Sindacali firmatarie del presente Accordo, che si riunisce almeno una volta l'anno, al fine di operare un confronto sulle informazioni di cui al comma 2. In tale sede possono essere discusse iniziative volte a favorire la conciliazione vita-lavoro delle lavoratrici di cui al presente Accordo. Dal confronto possono emergere proposte condivise per le quali la SISAC può farsi promotrice presso gli Organi preposti in sede di rinnovo contrattuale.

CAPO II – CONTESTO ORGANIZZATIVO

ART. 8 – ISTITUZIONE DELLE FORME ORGANIZZATIVE (AFT E UCCP).

1. Ai sensi della normativa vigente i pediatri di libera scelta operano all'interno del nuovo assetto definito dell'articolo 2, comma 3 del presente Accordo e aderiscono al sistema informativo (rete informatica e flussi informativi) di ciascuna Regione e al sistema informativo nazionale, quali condizioni irrinunciabili per l'accesso e il mantenimento della convenzione.
2. Le Regioni definiscono gli atti di programmazione inerenti alle forme organizzative (AFT – Aggregazione Funzionale Territoriale e UCCP – Unità Complessa di Cure Primarie) osservando i seguenti criteri generali:
   a) istituzione delle AFT in tutto il territorio regionale;
   b) istituzione delle UCCP come forme organizzative multi professionali del Distretto tenendo conto delle caratteristiche territoriali e demografiche, salvaguardando il principio dell'equità di accesso alle cure;
   c) realizzazione del collegamento funzionale tra AFT e UCCP, anche tramite idonei sistemi informatici senza oneri a carico dei pediatri di libera scelta.
3. La attuazione di quanto previsto dal precedente comma è determinata dagli Accordi Integrativi Regionali.

ART. 9 – PARTECIPAZIONE ALLA UNITÀ COMPLESSA DI CURE PRIMARIE (UCCP).

1. La UCCP rappresenta la forma organizzativa multiprofessionale che opera in forma integrata all'interno di Case della Comunità, strutture e/o presidi individuati dalle Aziende Sanitarie, con una sede di riferimento (*hub*) ed eventuali altre sedi (*spoke*) dislocate nel territorio. Essa persegue obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda Sanitaria, secondo un modello-tipo coerente con i contenuti dell'ACN e definito dalla Regione. Opera, inoltre, in continuità con le AFT, rispondendo, grazie alla composizione multiprofessionale, ai bisogni di salute complessi.

2. La UCCP garantisce il carattere multiprofessionale della sua attività attraverso il coordinamento e l'integrazione principalmente dei medici, convenzionati e dipendenti, delle altre professionalità convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale, degli odontoiatri, degli infermieri, delle ostetriche, delle professioni tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria.

3. Ogni AFT è collegata funzionalmente alla UCCP di riferimento. I pediatri di libera scelta si raccordano tramite il coordinamento della AFT alle attività della UCCP nel rispetto della programmazione regionale in tema di percorsi di assistenza specifica per l'età pediatrica.

4. La UCCP realizza i propri compiti attraverso:

   a) la programmazione delle proprie attività in coerenza con quella del Distretto di riferimento;

   b) la partecipazione a programmi di aggiornamento/formazione e a progetti di ricerca concordati con il Distretto e coerenti con la programmazione regionale e aziendale e con le finalità di cui al comma precedente;

   c) la programmazione di audit clinici e organizzativi, coinvolgendo anche i referenti di AFT di medicina generale, pediatria di libera scelta e specialistica ambulatoriale.

5. Le attività, gli obiettivi ed i livelli di *performance* della UCCP sono parte integrante del programma delle attività territoriali del Distretto. Tra gli obiettivi va incluso anche il grado di integrazione tra i componenti. La valutazione dei risultati raggiunti dai pediatri di libera scelta, operanti all'interno della UCCP, costituisce la base per l'erogazione della parte variabile del trattamento economico degli stessi pediatri. Detta parte variabile è inclusa ed evidenziata nell'eventuale budget che l'Azienda Sanitaria può decidere di adottare nei confronti dell'intera UCCP, come previsto dall'articolo 8, comma 1, lettera b-ter del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 modificato dalla L. 8 novembre 2012, n. 189.

ART. 10 – IL COORDINATORE DI UCCP.

1. Qualora l'Azienda decida di individuare il coordinatore dell'UCCP tra i pediatri di libera scelta operanti nell'ambito della stessa, la procedura di designazione del coordinatore dovrà tener conto dei seguenti criteri:
   - il coordinatore deve espressamente accettare l'incarico, essere disponibile a svolgere tale funzione e a garantirne il mantenimento per il periodo previsto;
   - l'incarico di coordinatore deve essere compatibile con l'attività assistenziale e non andare a detrimento della qualità dell'assistenza;
   - il candidato deve aver maturato una significativa esperienza professionale nell'ambito dell'assistenza territoriale e dell'organizzazione dei processi di cura e documentare una formazione riconosciuta da istituzioni pubbliche e private in tema di problematiche connesse al governo clinico e all'integrazione professionale, incluse precedenti attività di responsabilità aziendale;
   - l'incarico ha una durata di norma triennale.
2. Al coordinatore di UCCP sono affidate, in particolare, le funzioni di:
   a) collaborazione con il Distretto all'organizzazione dei percorsi assistenziali;
   b) relazione e confronto con la dirigenza distrettuale ed aziendale su tematiche assistenziali, progettuali ed organizzative;
   c) raccordo con i referenti di AFT per la razionalizzazione di percorsi di cura, ottimale utilizzo delle risorse disponibili, raggiungimento degli obiettivi aziendali;
   d) collaborazione alla definizione dei programmi di attività, alla gestione di budget assegnato, alla rilevazione e valutazione dei fabbisogni.
3. Il coordinatore predispone annualmente la relazione dell'attività svolta dall'UCCP per il raggiungimento degli obiettivi assegnati, sulla base degli indicatori di processo e di risultato definiti dall'Azienda.
4. Al coordinatore di UCCP di cui al comma 1 è riconosciuto un compenso commisurato alle funzioni assegnate e ai risultati ottenuti. Gli Accordi Integrativi Regionali definiscono l'entità della remunerazione destinata alla funzione di "coordinatore" il cui onere è finanziato attraverso la quota assegnata agli Accordi Integrativi Regionali di cui all'articolo 44, comma 1, lettera B, punto II.
5. Il Direttore Generale dell'Azienda nomina il coordinatore di UCCP, ne valuta annualmente i risultati e può procedere alla sua sostituzione, anche prima della scadenza, per mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati.

ART. 11 – COMITATO REGIONALE.

1. In ciascuna Regione è istituito un Comitato composto da rappresentanti della Regione e da pediatri di libera scelta operanti in Regione in rappresentanza delle Organizzazioni Sindacali firmatarie del presente Accordo e dotate di un terminale associativo domiciliato in Regione riferito al presente ambito contrattuale.
2. L'Assessore regionale alla Sanità o suo delegato è rappresentante di diritto di parte pubblica e presiede il Comitato. I componenti di parte pubblica del Comitato, titolari e sostituti, sono individuati nel provvedimento istitutivo del Comitato in numero pari al totale dei rappresentanti di parte sindacale.
3. La componente sindacale del Comitato è costituita dal rappresentante legale *pro tempore* di ciascuna Organizzazione Sindacale in possesso dei requisiti di cui al comma 1, o suo delegato. Il delegato deve accreditarsi presso la Regione prima di ciascun incontro. Ciascuna Organizzazione Sindacale comunica l'indirizzo di posta elettronica certificato dove ricevere le convocazioni ed ogni altra informazione.
4. A seconda della specificità degli argomenti i componenti di parte pubblica e sindacale possono avvalersi, nelle materie all'ordine del giorno, di esperti che a nessun titolo risultano quali componenti di diritto del Comitato.
5. La convocazione è effettuata dal Presidente del Comitato per posta elettronica certificata almeno 15 (quindici) giorni prima della data fissata per la riunione, fatte salve diverse determinazioni a livello regionale.
6. La convocazione dovrà contenere gli argomenti all'ordine del giorno corredati della relativa documentazione.
7. Le Organizzazioni Sindacali, anche singolarmente, possono in qualsiasi momento formulare per iscritto richiesta di convocazione o di inserimento di argomenti all'ordine del giorno, allegando l'eventuale documentazione. Tali richieste per essere inserite all'ordine del giorno devono pervenire almeno 10 (dieci) giorni prima della data di convocazione, fatte salve diverse determinazioni a livello regionale.
8. La riunione del Comitato è valida con la presenza della parte pubblica e delle Organizzazioni Sindacali che rappresentano, complessivamente, almeno il 50% più uno delle deleghe.
9. Le determinazioni del Comitato hanno validità se assunte unitariamente o con il parere favorevole della parte pubblica e delle Organizzazioni Sindacali che rappresentano, complessivamente, almeno il 50% più uno delle deleghe.
10. L'attività del Comitato è principalmente orientata a:
    a) formulare pareri e proposte sulla programmazione sanitaria regionale;
    b) fornire indirizzi ed esprimere pareri alle Aziende ed ai Comitati Aziendali per l'uniforme applicazione dell'Accordo Integrativo Regionale;
    c) effettuare il monitoraggio degli Accordi Attuativi Aziendali;
    d) formulare indirizzi sui temi della formazione di interesse regionale;
    e) avanzare proposte su obiettivi e progetti di prioritario interesse per la pediatria di libera scelta;

f) promuovere richieste di pareri alla SISAC da parte della Regione, che si impegna a dare tempestiva comunicazione degli esiti al Comitato.

11. La Regione fornisce il personale, i locali e quant'altro necessario per lo svolgimento periodico dei compiti assegnati al Comitato regionale, il quale si riunisce almeno due volte l'anno. Il Comitato regionale rimane confermato sino all'insediamento del nuovo Comitato, che deve essere effettuato entro 3 (tre) mesi dall'entrata in vigore del presente ACN.

ART. 12 – COMITATO AZIENDALE.

1. In ciascuna Azienda è costituito un Comitato composto da pediatri di libera scelta operanti in Regione in rappresentanza delle Organizzazioni Sindacali firmatarie dell'Accordo Integrativo Regionale e dotate di un terminale associativo domiciliato localmente riferito al presente ambito contrattuale.
2. Il Direttore Generale dell'Azienda o suo delegato è rappresentante di diritto di parte pubblica e presiede il Comitato. I componenti di parte pubblica del Comitato, titolari e sostituti, sono individuati nel provvedimento istitutivo del Comitato in numero pari al totale dei rappresentanti di parte sindacale.
3. La componente di parte sindacale del Comitato è costituita da un rappresentante di ciascuna Organizzazione Sindacale in possesso dei requisiti di cui al comma 1, o suo delegato, indicato dal rappresentante legale *pro tempore*. Il delegato deve accreditarsi presso l'Azienda prima di ciascun incontro. Ciascuna Organizzazione Sindacale comunica l'indirizzo di posta elettronica certificato dove ricevere le convocazioni ed ogni altra informazione.
4. A seconda della specificità degli argomenti i componenti di parte pubblica e sindacale possono avvalersi, nelle materie all'ordine del giorno, di esperti che a nessun titolo risultano quali componenti di diritto del Comitato.
5. La convocazione è effettuata dal Presidente del Comitato per posta elettronica certificata almeno 15 (quindici) giorni prima della data fissata per la riunione, fatte salve diverse determinazioni a livello aziendale.
6. La convocazione dovrà contenere gli argomenti all'ordine del giorno corredati della relativa documentazione.
7. Le Organizzazioni Sindacali, anche singolarmente, possono in qualsiasi momento formulare per iscritto richiesta convocazione o di inserimento di argomenti all'ordine del giorno, allegando l'eventuale documentazione. Tali richieste per essere inserite all'ordine del giorno devono pervenire almeno 10 (dieci) giorni prima della data di convocazione, fatte salve diverse determinazioni a livello aziendale.
8. La riunione del Comitato è valida con la presenza della parte pubblica e delle Organizzazioni Sindacali che rappresentano, complessivamente, almeno il 50% più uno delle deleghe.
9. Le determinazioni del Comitato hanno validità se assunte unitariamente o con il parere favorevole della parte pubblica e delle Organizzazioni Sindacali che rappresentano, complessivamente, almeno il 50% più uno delle deleghe.
10. L'attività del Comitato è principalmente orientata a:
    a) formulare pareri e proposte nei confronti del processo di programmazione aziendale e distrettuale (ad esempio: variazione degli ambiti territoriali di iscrizione dei pediatri di libera scelta, individuazione delle zone disagiate, individuazione delle zone carenti, ecc...);
    b) monitorare l'applicazione degli Accordi Attuativi Aziendali ed esprimere pareri sulla loro applicazione;
    c) definire il regolamento previsto dall'articolo 28, comma 11, monitorare il funzionamento delle AFT e delle UCCP.

11. L'Azienda fornisce il personale, i locali e quant'altro necessario per lo svolgimento periodico dell'attività del Comitato, il quale si riunisce almeno due volte l'anno. Il Comitato aziendale rimane confermato sino all'insediamento del nuovo Comitato, che deve essere effettuato entro 3 (tre) mesi dall'entrata in vigore dell'Accordo Integrativo Regionale.

ART. 13 – PROGRAMMAZIONE DELLE ATTIVITÀ DELLA PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA.

1. Nell'ambito del Programma delle attività territoriali di cui all'articolo 3-quater del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. l'Azienda definisce gli interventi per la promozione e lo sviluppo della pediatria di libera scelta, in coerenza con il proprio modello organizzativo, individuando:

   a) gli obiettivi di salute che si intendono perseguire, con particolare riferimento alla realizzazione del Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (P.N.P.V.) e in considerazione di quanto previsto all'Allegato 1 sull'assistenza proattiva;

   b) le attività e i volumi di prestazioni per il raggiungimento degli obiettivi di cui alla precedente lettera a).

CAPO III – RELAZIONI E PREROGATIVE SINDACALI

ART. 14 – RAPPRESENTANZA SINDACALE.

1. Ciascuna Organizzazione Sindacale deve essere effettiva titolare delle deleghe espresse dai pediatri di libera scelta e diretta destinataria delle relative quote associative. Ai fini dell'accertamento della rappresentatività non sono riconosciute valide le Organizzazioni Sindacali costituite mediante fusione, affiliazione, o in altra forma, e che non risultino effettive titolari delle deleghe.
2. Il rappresentante legale provvede al deposito presso la SISAC dell'atto costitutivo e dello statuto della propria Organizzazione Sindacale, da cui risulti la titolarità in proprio delle deleghe di cui al comma 1. Ogni successiva variazione deve essere comunicata alla SISAC entro tre mesi.
3. Ciascuna Organizzazione Sindacale è misurata sulla base delle deleghe di cui è direttamente titolare ed intestataria.
4. I dirigenti sindacali rappresentano esclusivamente un'unica Organizzazione Sindacale e non possono essere dirigenti di altre Organizzazioni Sindacali.

ART. 15 – RAPPRESENTATIVITÀ.

1. La consistenza associativa è rilevata in base alle deleghe conferite per la ritenuta del contributo sindacale alle singole Aziende dai pediatri convenzionati titolari di incarico a tempo indeterminato e provvisorio. La decorrenza della delega coincide con le ritenute effettive accertate alla data del 1° gennaio di ogni anno. Le Aziende provvedono alla trattenuta delle quote sindacali e al riversamento delle stesse sul conto corrente intestato alla Organizzazione Sindacale, in ottemperanza all'articolo 8, comma 1 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni ed in ossequio alle previsioni dell'articolo 43 del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 e s.m.i. e del precedente articolo 14, esclusivamente sulla base della delega rilasciata dall'iscritto.
2. Sono considerate maggiormente rappresentative, ai sensi dell'articolo 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni, ai fini della contrattazione sul piano nazionale, le Organizzazioni Sindacali che abbiano un numero di iscritti, risultanti dalle deleghe per la ritenuta del contributo sindacale, non inferiore al 5% delle deleghe complessive.
3. Le Organizzazioni Sindacali firmatarie del presente Accordo, purché dotate di un terminale associativo riferito al presente ambito contrattuale domiciliato nella Regione di riferimento, sono legittimate alla trattativa e alla stipula degli Accordi Integrativi Regionali.
4. Le Organizzazioni Sindacali, firmatarie dell'Accordo Integrativo Regionale, purché dotate di un terminale associativo riferito al presente ambito contrattuale domiciliato nella Azienda di riferimento, sono legittimate alla trattativa e alla stipula degli Accordi Attuativi Aziendali.
5. I rappresentanti di ciascuna Organizzazione Sindacale devono essere formalmente accreditati quali componenti delle delegazioni trattanti, la composizione delle quali è definita, rispettivamente, dalla Regione e dalle Aziende prima dell'avvio della negoziazione, in accordo con le Organizzazioni Sindacali. L'Accordo Collettivo Nazionale e gli Accordi decentrati sono validamente sottoscritti se stipulati da Organizzazioni Sindacali che rappresentano, complessivamente, almeno il 50% più uno degli iscritti.
6. La rilevazione delle deleghe sindacali è effettuata annualmente dalla SISAC, che certifica la consistenza associativa e la comunica entro il 31 ottobre, e comunque non oltre il 31 dicembre di ogni anno, alle Organizzazioni Sindacali. Entro il mese di febbraio di ciascun anno le Aziende comunicano alla SISAC e all'Assessorato regionale alla Sanità la consistenza associativa risultante alla data del 1° gennaio di ogni anno.
7. In tutti i casi in cui occorra applicare il criterio della consistenza associativa si fa riferimento alle deleghe rilevate al 1° gennaio dell'anno precedente. Per le trattative disciplinate dall'articolo 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni la consistenza associativa è determinata sulla base dei dati riferiti all'anno precedente a quello in cui si procede all'avvio delle trattative, indipendentemente dalla durata delle stesse.
8. Sono prese in considerazione ai fini della misurazione del dato associativo esclusivamente le deleghe rilasciate dai pediatri di libera scelta di importo superiore alla metà del valore medio delle trattenute richieste da tutte le Organizzazioni Sindacali rappresentative nel corso del precedente anno solare. La SISAC rende noto annualmente il relativo valore mensile di riferimento.

ART. 16 – DIRITTI SINDACALI.

1. Per lo svolgimento durante l'attività di servizio dell'attività sindacale, debitamente comunicata da parte dei rappresentanti nazionali, regionali ed aziendali, a ciascuna Organizzazione Sindacale maggiormente rappresentativa e firmataria del presente Accordo viene riconosciuta la disponibilità di 6 (sei) ore annue per ogni iscritto rilevato, sulla base dell'articolo 15 del presente Accordo.
2. Il legale rappresentante nazionale del sindacato e/o, su espressa delega dello stesso, il legale rappresentante regionale comunica alle Aziende, per il tramite delle procedure informatiche predisposte dalla SISAC, entro e non oltre un mese dalla certificazione di cui all'articolo 15, comma 4 del presente Accordo, i nominativi dei propri rappresentanti, l'Azienda di appartenenza e le ore assegnate.
3. La SISAC trasmette le comunicazioni di competenza, con le procedure informatiche di cui al precedente comma 2. Ogni eventuale variazione in corso d'anno deve essere tempestivamente registrata dall'Organizzazione Sindacale utilizzando la stessa procedura informatica.
4. Le procedure informatiche sono predisposte dalla SISAC sulla base dell'Allegato 2 del presente Accordo.
5. Il rappresentante sindacale ha diritto alla sostituzione per garantire l'adempimento di tutte le funzioni e compiti previsti dal presente Accordo e dagli Accordi Integrativi Regionali, nei limiti delle ore assegnate dalla O.S. rappresentata e comunque per un importo non superiore alla retribuzione da egli percepita nel mese precedente.
6. I rappresentanti sindacali comunicano mensilmente alla propria Azienda il nominativo del sostituto e il numero delle ore di sostituzione utilizzate nel mese precedente. Entro il mese successivo l'Azienda provvede al pagamento di quanto dovuto al sostituto, avendo a riferimento il compenso orario di cui all'articolo 47, comma 3, lettera A) dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, aumentato del 50% se il sostituto è specialista in pediatria o disciplina equipollente, al netto degli oneri previdenziali e fiscali. Il compenso è direttamente liquidato al sostituto dalla Azienda che amministra la posizione del rappresentante sindacale. La sostituzione è effettuata ai sensi dell'articolo 34 del presente ACN e non si configura come rapporto di lavoro continuativo.

ART. 17 – PARTECIPAZIONE A COMITATI E COMMISSIONI.

1. Ai pediatri di libera scelta che partecipano alle riunioni dei comitati e delle commissioni previsti dal presente Accordo o ad organismi previsti da norme nazionali o regionali è rimborsata dall'Azienda che amministra la posizione del titolare la spesa per le sostituzioni nella misura prevista dagli Accordi Integrativi Regionali. Ai pediatri sono altresì rimborsate le spese di viaggio nella misura prevista dalle vigenti norme della Pubblica Amministrazione.

2. Le attività di cui al comma precedente devono essere dal pediatra preventivamente comunicate e comprovate da attestazioni ufficiali.

ART. 18 – ESERCIZIO DEL DIRITTO DI SCIOPERO.

1. L'esercizio del diritto di sciopero, le prestazioni indispensabili e le loro modalità di erogazione e quanto altro previsto dalla Legge 12 giugno 1990, n. 146, come modificata ed integrata dalla Legge 11 aprile 2000, n. 83, sono regolamentati secondo quanto previsto dall'Allegato 3 del presente Accordo, recante l'Accordo Nazionale per la regolamentazione del diritto di sciopero nell'area della pediatria di libera scelta.

CAPO IV – RAPPORTO CONVENZIONALE DEI MEDICI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA

ART. 19 – GRADUATORIA REGIONALE E GRADUATORIE AZIENDALI PER INCARICHI TEMPORANEI E SOSTITUZIONI.

1. I pediatri da incaricare per l'espletamento delle attività previste dal presente Accordo sono tratti da una graduatoria per titoli, di validità annuale, predisposta a livello regionale dall'Assessorato alla Sanità con procedure tese allo snellimento burocratico ed al rispetto dei tempi.

2. I pediatri che aspirano all'iscrizione nella graduatoria non devono trovarsi nella condizione di cui all'articolo 20, comma 1, lettere g) e k) e devono possedere, alla scadenza del termine per la presentazione della domanda, i seguenti requisiti:

   a) cittadinanza italiana o di altro Paese appartenente alla UE, incluse le equiparazioni disposte dalle leggi vigenti;

   b) iscrizione all'Albo professionale;

   c) diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i. Possono altresì presentare domanda di inserimento in graduatoria i medici che nell'anno acquisiranno il diploma di specializzazione. Il titolo deve essere posseduto ed autocertificato entro il 15 settembre ai fini dell'inserimento nella graduatoria provvisoria di cui al comma 6.

3. I pediatri di libera scelta già titolari di incarico a tempo indeterminato non possono far domanda di inserimento nella graduatoria e, pertanto, possono concorrere all'assegnazione degli incarichi vacanti solo per trasferimento.

4. Ai fini dell'inclusione nella graduatoria i pediatri di cui al comma 2 devono trasmettere a mezzo procedura telematica definita dalla Regione, entro il termine del 31 gennaio, all'Assessorato regionale alla Sanità, o alla Azienda Sanitaria individuata dalla Regione, una domanda in bollo integrata ai sensi della normativa vigente con dichiarazione sostitutiva di certificazione e di atto notorio relativamente a requisiti, titoli accademici, di studio e di servizio. Ai fini della determinazione del punteggio valido per la graduatoria sono valutati solo i titoli accademici, di studio e di servizio posseduti alla data del 31 dicembre dell'anno precedente oltre al punteggio per il titolo di cui al comma 2, lettera c). La domanda di inclusione deve essere rinnovata di anno in anno e deve eventualmente contenere le dichiarazioni concernenti i titoli che comportino modificazioni al precedente punteggio a norma dell'Allegato 4. La Regione può prevedere che nella medesima domanda il pediatra esprima la propria disponibilità ad essere inserito nelle graduatorie aziendali di cui al comma 7 e ad accedere alla procedura di ricambio generazionale di cui al successivo comma 10.

5. L'amministrazione regionale, o l'Azienda Sanitaria individuata dalla Regione, sulla base dei titoli e dei criteri di valutazione di cui all'Allegato 4, predispone la graduatoria, specificando, a fianco di ciascun nominativo, il punteggio conseguito.

6. La graduatoria provvisoria è resa pubblica entro il 30 settembre sul sito istituzionale della Regione. Entro 15 (quindici) giorni dalla pubblicazione i pediatri interessati possono presentare all'Assessorato regionale alla Sanità, o alla Azienda Sanitaria individuata dalla Regione, istanza

motivata di riesame della loro posizione in graduatoria. La graduatoria definitiva è approvata dall'Assessorato regionale alla Sanità che provvede alla pubblicazione sul Bollettino Ufficiale entro il 30 novembre di ciascun anno. La graduatoria ha validità dal 1° gennaio al 31 dicembre dell'anno successivo. La pubblicazione sul BUR e sul sito istituzionale della Regione costituisce notificazione ufficiale.

7. Le Aziende, fatte salve diverse determinazioni in sede di AIR relativamente alla tempistica, entro 15 (quindici) giorni dalla pubblicazione della graduatoria definitiva di cui al comma precedente, pubblicano sul proprio sito istituzionale un avviso per la predisposizione di graduatorie aziendali di pediatri disponibili all'eventuale conferimento di incarico provvisorio o all'affidamento di sostituzione, secondo il seguente ordine di priorità:

   a) pediatri iscritti nella graduatoria regionale secondo l'ordine di punteggio;

   b) pediatri che abbiano acquisito la specializzazione in pediatria o discipline equipollenti successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale;

   c) pediatri in possesso della specializzazione in pediatria o discipline equipollenti diversi dalla lettera b).

8. Le domande di partecipazione all'avviso di cui al comma 7, in bollo, devono essere trasmesse entro 30 (trenta) giorni dalla pubblicazione sul sito dell'Azienda, fatto salvo il caso di adozione della procedura di cui al comma 4, ultimo capoverso. I pediatri di cui al precedente comma, lettere b) e c) sono graduati nell'ordine della anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della minore età.

9. La Regione può provvedere alla attuazione di quanto disposto dal presente articolo adottando differenti modalità di trasmissione delle domande tese comunque alla semplificazione dell'iter amministrativo, alla riduzione degli adempimenti dei pediatri aspiranti all'incarico ed alla limitazione degli oneri sostenuti.

10. I pediatri iscritti alla graduatoria di cui al comma 1 possono chiedere di accedere alla procedura di ricambio generazionale derivante dalla Anticipazione della Prestazione Previdenziale (di seguito denominata APP), di cui all'Allegato 5 del presente Accordo. Tale richiesta deve essere effettuata o confermata entro il termine del 30 aprile dell'anno di riferimento della graduatoria.

ART. 20 – INCOMPATIBILITÀ.

1. Ai sensi del punto 6, comma 3, dell'articolo 48 della Legge 23 dicembre 1978, n. 833 e dell'articolo 4, comma 7, della Legge 30 dicembre 1991, n. 412, è incompatibile con lo svolgimento delle attività previste dal presente Accordo il pediatra che:

   a) sia titolare di ogni altro rapporto di lavoro dipendente, pubblico o privato, o di altri rapporti anche di natura convenzionale con il Servizio Sanitario Nazionale;

   b) sia proprietario, comproprietario, socio, azionista, gestore, amministratore, direttore, responsabile di strutture convenzionate con il S.S.N. ai sensi del D.P.R., n. 120/88 e successive modificazioni, o accreditate ai sensi dell'articolo 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;

   c) eserciti attività che configurino conflitto di interessi con il rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale o sia titolare o compartecipe di quote di imprese o società anche di fatto che esercitino attività che configurino conflitto di interessi col rapporto di lavoro con il Servizio Sanitario Nazionale;

   d) svolga attività di medico specialista ambulatoriale accreditato con il S.S.N.;

   e) svolga attività di medico di medicina generale o di specialista ambulatoriale interno, veterinario ed altre professionalità sanitarie (biologi, chimici, psicologi), fatto salvo quanto previsto alla norma finale n. 1;

   f) svolga funzioni fiscali per conto dell'Azienda o dell'INPS limitatamente all'ambito territoriale di scelta;

   g) fruisca del trattamento per invalidità assoluta e permanente da parte del fondo di previdenza competente di cui al decreto 15 ottobre 1976 del Ministro del lavoro e della previdenza sociale;

   h) operi, a qualsiasi titolo, in presidi, strutture sanitarie, stabilimenti o istituzioni private operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.N. È consentito esclusivamente lo svolgimento di attività istituzionale di cui al presente Accordo e secondo modalità definite a livello regionale;

   i) intrattenga con una Azienda un apposito rapporto instaurato ai sensi dell'articolo 15-octies del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni;

   j) sia iscritto al corso di formazione specifica in medicina generale o corsi di specializzazione di cui al D.Lgs. 17 agosto 1999, n. 368 e successive modifiche ed integrazioni, fatto salvo quanto previsto dalle norme vigenti in materia;

   k) fruisca di trattamento di quiescenza come previsto dalla normativa vigente. Tale incompatibilità non opera nei confronti dei pediatri che beneficiano delle sole prestazioni delle "quote A e B" del fondo di previdenza generale dell'ENPAM o che fruiscano dell'Anticipo della Prestazione Previdenziale (APP), di cui all'Allegato 5 del presente Accordo.

2. Il pediatra che, anche se a tempo limitato, svolga funzioni di medico competente ai sensi del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 e successive modificazioni e integrazioni, fatto salvo quanto previsto

dall'articolo 36 in tema di limitazione di massimale, non può acquisire nuove scelte di figli in età pediatrica dei dipendenti delle aziende per le quali opera.

3. La eventuale situazione di incompatibilità a carico del pediatra incluso nella graduatoria regionale di cui all'articolo 19, deve essere risolta all'atto dell'assegnazione dell'incarico e comunque cessare prima del conferimento dello stesso.

4. Con particolare riferimento alle situazioni aventi riflesso sull'incompatibilità, il pediatra deve comunicare all'Azienda presso cui opera ogni modifica relativa alla propria condizione professionale, secondo quanto previsto dalla norma finale n. 4 del presente Accordo.

5. La sopravvenuta ed accertata insorgenza di una delle situazioni di incompatibilità previste dal presente Accordo comporta la decadenza dell'incarico convenzionale, come previsto dall'articolo 23, comma 3, ovvero la revoca, come previsto dall'articolo 23, comma 2.

ART. 21 – SOSPENSIONE DAGLI INCARICHI E DALLE ATTIVITÀ CONVENZIONALI.

1. Il pediatra di libera scelta è sospeso dagli incarichi nei seguenti casi:
   a) esecuzione dei provvedimenti di cui all'articolo 24;
   b) sospensione dall'Albo professionale;
   c) servizio prestato all'estero per tutta la durata dello stesso, ai sensi della Legge 11 agosto 2014, n. 125;
   d) provvedimenti restrittivi della libertà personale emessi dall'autorità giudiziaria;
   e) frequenza ad un corso di dottorato di ricerca previa autorizzazione dell'Azienda.
2. Il pediatra è sospeso dalle attività nei seguenti casi:
   a) in caso di malattia o infortunio per la durata massima di tre anni nell'arco di cinque; per la durata complessiva della inabilità temporanea assoluta, in caso di infortunio o malattia occorsi nello svolgimento della propria attività professionale. Tali condizioni devono essere comunicate dal pediatra all'Azienda;
   b) per documentati motivi assistenziali nei riguardi di familiare con gravi motivi di salute, fino ad un massimo di 30 giorni nell'anno, anche frazionabili;
   c) incarichi organizzativi o di dirigenza che prevedano assunzione di responsabilità ed autonomia gestionale ed organizzativa presso il S.S.N. o altre pubbliche amministrazioni, per tutta la durata dell'incarico e fino alla cessazione dello stesso. Nel caso di incarico a tempo parziale, la sospensione è anch'essa a tempo parziale;
   d) partecipazione, preventivamente autorizzata dall'Azienda, ad iniziative istituzionali a carattere umanitario e di solidarietà sociale;
   e) partecipazione a corsi di formazione diversi da quelli obbligatori di cui all'articolo 25 del presente Accordo, accreditati secondo le disposizioni previste dal D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni, che abbiano durata superiore a 30 giorni consecutivi e fino alla concorrenza di un limite massimo di 60 giorni all'anno, salvo diversi Accordi regionali, che abbiano come oggetto argomenti di interesse per la pediatria di libera scelta e che siano preventivamente autorizzati dall'Azienda.
3. Il pediatra di libera scelta ha diritto di usufruire di sospensione parziale dall'attività convenzionale per periodi non superiori a 18 (diciotto) mesi nell'arco di 5 (cinque) anni nei seguenti casi:
   a) allattamento o assistenza a neonati entro i primi 12 mesi di vita;
   b) adozione o affido di minore nei primi 12 mesi dall'adozione o affido;
   c) assistenza a minori conviventi non autosufficienti;
   d) assistenza a familiari, anche temporaneamente conviventi, con inabilità totale e titolari di indennità di accompagnamento.
4. Il pediatra comunica all'Azienda, relativamente a quanto previsto al comma precedente, le modalità e la percentuale di sostituzione.

5. Il pediatra, per gravidanza e puerperio, può richiedere la sospensione totale o parziale dell'attività lavorativa per tutto il periodo previsto come obbligatorio per i lavoratori dipendenti con sostituzione a proprio carico. Per adozione o affido di minore il pediatra di libera scelta può richiedere la sospensione dall'attività per un periodo di durata pari a quello previsto dall'articolo 26 del D.Lgs. 26 marzo 2001, n. 151.

6. Il pediatra può richiedere la sospensione dall'attività convenzionale per ristoro psico-fisico per un periodo non superiore a trenta giorni lavorativi nell'arco di un anno con sostituzione a proprio carico.

7. La sospensione dall'attività di pediatria di libera scelta di cui ai commi 2, 3, 5 e 6 non comporta soluzione di continuità del rapporto convenzionale ai fini della anzianità di servizio.

8. I periodi di sospensione dall'incarico, di cui al comma 1, non sono considerati, a nessun titolo, come attività di servizio convenzionale e non comportano la erogazione del trattamento economico e previdenziale a carico del S.S.N. per l'intero periodo, fatta eccezione per i pediatri di libera scelta che comunque assicurino la disponibilità del proprio studio per l'attività convenzionale, ai quali è riconosciuto il compenso di cui all'articolo 44, comma 1, lettera A, punti I e II, inclusi i relativi oneri previdenziali ed assicurativi.

9. Nei casi previsti dal presente articolo il pediatra è sostituito secondo le modalità stabilite dall'articolo 34 del presente ACN. Nei periodi di sospensione dall'incarico, di cui al comma 1, l'onere della sostituzione è a carico dell'Azienda.

10. In caso di sospensione il pediatra titolare mantiene le scelte in carico.

11. Il provvedimento di sospensione dall'incarico convenzionale è disposto dal Direttore Generale della Azienda Sanitaria.

12. Ad eccezione di quanto previsto al comma 2, lettere a) e b), la sospensione dall'attività convenzionale deve essere comunicata da parte del pediatra all'Azienda con un preavviso minimo di 15 giorni.

13. Le autorizzazioni di cui al comma 2, lettere d) ed e), sono richieste dal pediatra 30 giorni prima dell'evento e la risposta della Azienda viene fornita entro 15 giorni dalla ricezione della relativa richiesta; in assenza di risposta la richiesta si intende approvata. Il diniego deve essere adeguatamente motivato.

ART. 22 – ASSENZE PER INCARICHI ISTITUZIONALI.

1. I pediatri di libera scelta con mandato parlamentare, i consiglieri regionali, coloro che sono chiamati a svolgere le funzioni pubbliche nelle Giunte regionali o degli altri Enti locali, nonché quelli nominati alle cariche dagli organi ordinistici per espletare i relativi mandati possono sospendere l'attività convenzionale. In tal caso, i pediatri di libera scelta si avvalgono, con oneri a proprio carico e per tutto il corso del relativo mandato, della collaborazione professionale di pediatri retribuiti con compenso orario onnicomprensivo, non inferiore a quanto previsto dall'articolo 47, comma 3 dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, aumentato del 50%.
2. Il compenso è direttamente liquidato al sostituto dalla Azienda che amministra la posizione del titolare.
3. La sostituzione è effettuata ai sensi dell'articolo 34 del presente ACN e non si configura come rapporto di lavoro continuativo.

ART. 23 – CESSAZIONE, REVOCA E DECADENZA DELL'INCARICO CONVENZIONALE.

1. L'incarico cessa per i seguenti motivi:
   a) recesso del pediatra da comunicare alla Azienda con almeno 30 giorni di preavviso in caso di trasferimento e di 60 giorni negli altri casi. Su specifica richiesta dell'interessato l'Azienda, valutate le esigenze di servizio, può autorizzare la cessazione del rapporto con decorrenza anticipata a tutti gli effetti;
   b) compimento del 70° anno di età, fatte salve diverse disposizioni normative.
2. L'incarico è revocato in caso di provvedimento ai sensi dell'articolo 24 del presente Accordo.
3. L'incarico decade per le seguenti motivazioni:
   a) per radiazione o cancellazione dall'Albo professionale;
   b) omessa o non veritiera dichiarazione, relativamente a fatti, stati e posizione giuridica, che abbia determinato l'indebito conferimento dell'incarico convenzionale;
   c) sopravvenuto, accertato e contestato venir meno dei requisiti minimi di cui all'articolo 33;
   d) incapacità psico-fisica a svolgere l'attività convenzionale, accertata da apposita commissione medico-legale aziendale, ai sensi della Legge 15 ottobre 1990, n. 295, su disposizione dell'Azienda. Nel caso in cui l'Azienda scelga un componente della commissione tra i pediatri di libera scelta di cui al presente Accordo, provvede sentito il Comitato aziendale;
   e) insorgenza fraudolentemente non dichiarata di causa di incompatibilità di cui all'articolo 20 del presente Accordo;
   f) mancato raggiungimento di un numero minimo di assistiti pari a 180 dopo tre anni di iscrizione nel medesimo elenco, sentito il Comitato di cui all'articolo 12;
   g) l'aver compiuto il periodo massimo di sospensione dall'attività previsto dall'articolo 21, comma 2, lettera a).

   Nei casi di decadenza, di cui alle lettere b) ed e), il pediatra può presentare nuova domanda di inclusione nella graduatoria regionale decorsi quattro anni dalla decadenza. Una nuova attribuzione dell'incarico può avvenire solo in un ambito territoriale differente da quello detenuto all'atto della cessazione del precedente incarico.
4. Il provvedimento relativo alla risoluzione del rapporto convenzionale è adottato dal Direttore Generale della Azienda.
5. In caso di improvvisa cessazione dell'attività del pediatra titolare l'Azienda informa il genitore/tutore legale degli assistiti delle soluzioni adottate per garantire l'assistenza o della necessità di procedere alla scelta di un altro pediatra.

ART. 24 – PROCEDIMENTO DI CONTESTAZIONE.

1. I pediatri di libera scelta sono tenuti a comportamenti adeguati al proprio ruolo, a una condotta informata a principi di correttezza e rispetto di quanto previsto dall'Allegato 6 – Codice di comportamento del pediatra di libera scelta e all'osservanza degli obblighi e dei compiti previsti dal presente Accordo e dagli Accordi Regionali e Aziendali. Le contestazioni ai suddetti comportamenti avviano il procedimento disciplinare. Non possono essere oggetto di contestazione a carico del pediatra le inosservanze derivanti da comportamenti omissivi, inadempienze di altri operatori o dell'Azienda.

2. Per le contestazioni relative a fatti di minore gravità per i quali sono previsti il richiamo verbale o il richiamo scritto è competente il Direttore del Distretto, il quale, sentito preliminarmente all'avvio del procedimento il referente di AFT e, ove necessario, il pediatra, procede a circostanziare il fatto al fine di valutare se proseguire o meno con la contestazione dell'addebito. Nel caso in cui il Direttore di Distretto ritenga che la contestazione da formulare sia relativa a fatti più gravi di quelli che comporterebbero il richiamo scritto, entro 20 (venti) giorni dalla notizia del fatto, trasmette gli atti all'UPDC dandone contestuale comunicazione all'interessato.

3. Per le contestazioni relative a fatti di maggiore gravità di cui al seguente comma 7, lettera b) l'Ufficio competente per i Procedimenti Disciplinari (UPD), istituito presso ciascuna Azienda, assume la denominazione di Ufficio per i Procedimenti Disciplinari del personale Convenzionato (UPDC) sostituendo un proprio componente con uno in rapporto di convenzionamento di cui al presente Accordo, nominato dal Direttore Generale su una terna di nominativi proposti dal Comitato aziendale di cui all'articolo 12.

4. Nell'ambito del procedimento disciplinare, la contestazione dell'addebito deve essere specifica e tempestiva e riportare l'esposizione chiara e puntuale dei fatti, nel rispetto delle procedure di seguito indicate.

   Nel corso dell'istruttoria, il Direttore del Distretto o l'UPDC possono acquisire ulteriori informazioni o documenti rilevanti per la definizione del procedimento. La predetta attività istruttoria non determina la sospensione del procedimento, né il differimento dei relativi termini.

   Le comunicazioni al pediatra e l'accesso agli atti del procedimento avvengono come di seguito indicato:

   a) ogni comunicazione al pediatra, nell'ambito del procedimento disciplinare, è effettuata tramite posta elettronica certificata;

   b) il pediatra ha diritto di accesso agli atti istruttori del procedimento, salvo nei casi di atti sottratti all'accesso ai sensi delle vigenti disposizioni di legge;

   c) la sanzione disciplinare deve essere adeguatamente motivata e notificata all'interessato.

5. Non può tenersi conto, ai fini di altro procedimento disciplinare, delle sanzioni disciplinari, decorsi due anni dalla loro irrogazione.

6. In caso di più violazioni compiute con un'unica azione o omissione si applica la sanzione più grave.

7. I modi e i tempi per l'avvio del procedimento e l'applicazione delle sanzioni sono i seguenti:

a) procedimento per il Direttore del Distretto:

I. il Direttore del Distretto entro 15 (quindici) giorni dal momento in cui viene a conoscenza di comportamenti punibili con la sanzione di minor gravità, contesta per iscritto l'addebito al pediatra e lo convoca, con un preavviso di almeno 15 (quindici) giorni, per il contraddittorio a sua difesa, con l'eventuale assistenza di un procuratore e/o di un rappresentante dell'Organizzazione Sindacale cui l'interessato aderisce o conferisce mandato;

II. entro il termine fissato, il pediatra convocato, se non intende presentarsi, può inviare una memoria scritta o, in caso di grave ed oggettivo impedimento, formulare motivata istanza di rinvio del termine per l'esercizio della propria difesa;

III. in caso di differimento superiore a 10 (dieci) giorni dalla scadenza del preavviso, per impedimento del pediatra, il termine per la conclusione del procedimento è prorogato in misura corrispondente. Il rinvio del termine può essere concesso una volta sola nel corso del procedimento, fatto salvo particolari casi riconosciuti e certificati. Qualora il pediatra non produca alcuna controdeduzione scritta o non si presenti, il Direttore di Distretto dà corso comunque alla valutazione del caso;

IV. il Direttore del Distretto conclude il procedimento, con l'atto di archiviazione o di irrogazione della sanzione, entro 60 (sessanta) giorni dalla contestazione dell'addebito;

b) procedimento per l'UPDC:

I. l'UPDC con immediatezza, e comunque non oltre 30 (trenta) giorni decorrenti dal ricevimento della segnalazione da parte del Direttore del Distretto, ovvero dal momento in cui abbia altrimenti avuto comunicazione formale dei fatti ritenuti di rilevanza disciplinare di propria competenza, sentito il Direttore del Distretto sul grado di gravità della violazione, provvede alla contestazione scritta dell'addebito e convoca l'interessato, con un preavviso di almeno 20 (venti) giorni, per l'audizione in contraddittorio a sua difesa con l'eventuale assistenza di un procuratore e/o di un rappresentante dell'Organizzazione Sindacale cui l'interessato aderisce o conferisce mandato;

II. in caso di grave ed oggettivo impedimento, ferma la possibilità di depositare memorie scritte, il pediatra può formulare istanza motivata di differimento dell'audizione a sua difesa con proroga del termine per la conclusione del procedimento in misura corrispondente. Il rinvio del termine può essere concesso una sola volta nel corso del procedimento, fatto salvo particolari casi riconosciuti e certificati. Qualora il pediatra non produca alcuna controdeduzione scritta o non si presenti, l'UPDC dà corso comunque alla valutazione del caso;

III. le determinazioni conclusive del procedimento disciplinare sono assunte dal Direttore Generale entro 120 (centoventi) giorni dalla contestazione dell'addebito.

IV. l'atto di contestazione e il provvedimento finale del procedimento, con allegata la relativa documentazione, compreso l'eventuale deliberato, sono inviate all'Ordine provinciale d'iscrizione del pediatra, ai fini di cui all'art. 8, comma 3, del D.L.vo n. 502/92 e s.m.i.

8. Nelle procedure di cui al presente articolo il Direttore di Distretto può essere sostituito dal Direttore di Dipartimento, se previsto dalla normativa regionale.
9. Le violazioni di cui al presente articolo danno luogo all'applicazione di sanzioni, avuto riguardo ai seguenti criteri:
   - intenzionalità del comportamento, negligenza, imprudenza, tenuto conto anche della prevedibilità dell'evento;
   - rilevanza della infrazione e dell'inosservanza delle disposizioni contrattuali;
   - disservizio provocato;
   - occasionalità o ripetitività dell'infrazione;
   - recidiva di sanzioni disciplinari nel biennio precedente.
10. Le violazioni di minore gravità danno luogo all'applicazione del richiamo verbale e, per il reiterarsi di infrazioni che hanno comportato il richiamo verbale, al richiamo scritto da parte del Direttore di Distretto.
11. Le violazioni di maggiore gravità, tenuto conto dei criteri di cui al comma 9, danno luogo alle seguenti sanzioni da parte dell'UPDC:
    a) sanzione pecuniaria, di importo non inferiore al 10% e non superiore al 20% della retribuzione corrisposta nel mese precedente, per la durata massima di cinque mesi per infrazioni gravi e per il reiterarsi di infrazioni che hanno comportato il richiamo scritto;
    b) sospensione dall'incarico per durata non inferiore a 1 mese e non superiore a 6 mesi per infrazioni di maggior gravità rispetto alla lettera precedente e per recidiva di infrazioni che hanno comportato la riduzione del trattamento economico;
    c) revoca dell'incarico con preavviso per infrazioni particolarmente gravi, per fatti illeciti di rilevanza penale e per recidiva di infrazioni che hanno comportato la sospensione dall'incarico. Comportano, in ogni caso, la revoca con preavviso le seguenti violazioni:
       - mancato rispetto delle norme contrattuali in materia di espletamento di attività libero professionale;
       - accertato e non dovuto pagamento, anche parziale, per prestazioni previste dagli Accordi rese ai propri assistiti o agli utenti;
       - mancato rispetto delle norme in tema di incompatibilità in costanza di incarico, ad esclusione della fattispecie prevista dall'articolo 23, comma 3, lettera e).
    d) revoca dell'incarico senza preavviso per infrazioni relative agli obblighi deontologici, legali e convenzionali o per fatti illeciti di rilevanza penale. Tali infrazioni devono essere di gravità tale da compromettere irrimediabilmente il rapporto di fiducia con l'Azienda e da non consentire la prosecuzione, neppure provvisoria, del rapporto di lavoro.
12. Al pediatra non può essere conferito un nuovo incarico convenzionale ai sensi del presente ACN in caso di revoca dell'incarico convenzionale:
    - per condanna penale definitiva, in relazione alla quale è prevista l'interdizione perpetua dai pubblici uffici ovvero l'estinzione, comunque denominata, del rapporto di lavoro;

- per responsabilità penale, risultante da condanna passata in giudicato, per delitti commessi al di fuori dell'attività di pediatra convenzionato e non attinenti in via diretta al rapporto di lavoro ma che per la loro specifica gravità non siano compatibili con la prosecuzione del suddetto rapporto;
- senza preavviso, di cui al comma 11, lettera d), salvo il venir meno dei presupposti di adozione del provvedimento stesso di revoca.

13. Negli altri casi di revoca, il pediatra può presentare nuova domanda di inclusione nella graduatoria regionale decorsi due anni dalla cessazione. Una nuova attribuzione dell'incarico può avvenire solo in un ambito differente da quello detenuto all'atto della revoca per motivi disciplinari.
14. Per le fattispecie di cui al comma 11, lettere c) e d), il procedimento prosegue anche in caso di sopravvenuta cessazione del rapporto di convenzionamento del pediatra con l'Azienda.
15. La violazione dei termini stabiliti nel presente articolo comporta, nel caso in cui la responsabilità sia dell'Azienda, la decadenza dall'azione disciplinare e, nel caso in cui la responsabilità sia del pediatra di libera scelta, la decadenza dall'esercizio del diritto di difesa.
16. Per quanto non previsto dal presente articolo si applicano le disposizioni del Codice di Procedura Civile.

ART. 25 – FORMAZIONE CONTINUA (ECM).

1. La formazione professionale continua è obbligatoria per il pediatra di libera scelta e riguarda la crescita culturale e professionale dello stesso, le attività inerenti ai servizi e alle prestazioni erogate, secondo quanto previsto dagli Accordi della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province autonome.
2. Le Regioni e/o le Aziende Sanitarie promuovono la programmazione dei corsi di formazione obbligatori sulla base dei Piani sanitari e formativi regionali e nazionali. Le Aziende Sanitarie adottano il Piano di Formazione Aziendale (PFA) con il supporto delle strutture e con il contributo degli organi preposti alla formazione continua e del Comitato di cui all'articolo 12 del presente Accordo.
3. Il Piano di formazione è costruito sulla base dei bisogni formativi dei pediatri evidenziati dai dossier formativi, dell'analisi della situazione esistente, delle attività previste dagli Accordi decentrati.
4. I corsi ECM regionali e aziendali, la cui partecipazione è obbligatoria per il pediatra, garantiscono almeno il 70% del debito formativo annuale.
5. I corsi obbligatori di cui al comma 4 si svolgono, di norma, il sabato mattina per almeno 40 ore annue, secondo le modalità definite dagli accordi regionali; la partecipazione a tali corsi rientra nei compiti retribuiti e prevede l'eventuale sostituzione del pediatra a carico dell'Azienda.
6. Il pediatra di libera scelta ha facoltà di partecipare a proprie spese a corsi, necessari al completamento dei crediti previsti per l'aggiornamento obbligatorio ECM, anche attraverso la Formazione a Distanza (FAD), non organizzati né gestiti direttamente dalle Regione o dalle Aziende, ma comunque svolti da soggetti accreditati ECM ed attinenti alle tematiche della pediatria. In ogni caso la partecipazione a tali corsi non può comportare oneri a carico dell'Azienda.
7. Danno luogo a crediti formativi le attività di formazione sul campo, previste dagli Accordi in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province autonome.
8. Il pediatra che non frequenti per due anni consecutivi i corsi obbligatori è soggetto, salvo giustificati motivi, all'attivazione delle procedure disciplinari di cui all'articolo 24 per l'eventuale adozione delle sanzioni previste, graduate a seconda della continuità dell'assenza.

ART. 26 – ATTIVITÀ DIDATTICA.

1. Le Regioni, le Aziende, le Università e gli Ordini dei medici possono promuovere attività di ricerca e sperimentazione in collaborazione con i pediatri di libera scelta.

2. Gli Accordi Integrativi Regionali definiscono:

   a) il fabbisogno regionale di animatori di formazione, da individuarsi tra i pediatri di libera scelta, per la realizzazione della formazione continua di cui al precedente articolo, nonché l'attuazione di corsi di formazione per gli stessi animatori, articolati sulla base di un progetto formativo specifico. Gli stessi Accordi possono definire criteri di riconoscimento di attestati di idoneità conseguiti in altri corsi di formazione specifica;

   b) la creazione di un elenco regionale di animatori di formazione, con idoneità acquisita nei corsi di cui alla lettera a) o altrimenti acquisita e riconosciuta dalla Regione, da individuarsi tra i pediatri di libera scelta, sulla base di espliciti criteri di valutazione, fra i quali deve essere previsto un curriculum formativo. Sono riconosciuti gli attestati di idoneità già acquisiti in corsi validati dalla Regione;

   c) la collaborazione con le Università per l'attività di insegnamento o tutoraggio pre-laurea o del corso di specializzazione in pediatria o collaborazione per il corso di formazione specifica in medicina generale;

   d) la promozione di attività di sperimentazione e ricerca, anche in collaborazione con le Università.

3. Le Regioni possono organizzare specifici corsi di formazione per i pediatri di libera scelta che svolgono attività didattica (animatori di formazione, docenti, tutor) e regolamentare l'iscrizione degli stessi pediatri "esperti" in formazione in uno specifico elenco.

4. Le attività didattiche indicate al comma precedente non possono determinare oneri derivanti dal presente ACN e non comportano riduzione del massimale individuale.

ART. 27 – LIBERA PROFESSIONE.

1. Il pediatra di libera scelta, nel rispetto degli obblighi e delle funzioni previste dal presente Accordo, può svolgere attività libero professionale al di fuori dell'orario di servizio, dandone comunicazione all'Azienda, purché lo svolgimento di tale attività non rechi pregiudizio al corretto e puntuale svolgimento dei compiti convenzionali, ivi compresi quelli riferiti all'attività all'interno della AFT.
2. Il pediatra di libera scelta non può svolgere in libera professione attività già previste dal presente Accordo e dagli accordi decentrati in favore dei propri assistiti. Fanno eccezione, a titolo esemplificativo, alcune prestazioni tra cui:
   a) prestazioni professionali anche comportanti l'impiego di supporti tecnologici e strumentali, diagnostici e terapeutici, non comprese tra le prestazioni aggiuntive di cui all'Allegato 7 o tra quelle retribuite in base a percorsi assistenziali previsti da Accordi regionali o aziendali stipulati con le Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative;
   b) prestazioni richieste e prestate nelle fasce orarie notturne, il sabato ed i festivi;
   c) prestazioni specialistiche inerenti ulteriori specializzazioni possedute;
   d) specifiche attività definite dall'Azienda anche con soggetti terzi, in forma organizzata e continuativa, al di fuori degli orari di attività convenzionale, nell'ambito degli Accordi Attuativi Aziendali.
3. Il pediatra di libera scelta non può svolgere in libera professione attività già previste dal presente Accordo e dagli accordi decentrati nei confronti dei propri assistiti.
4. Il pediatra di libera scelta che non intenda esercitare attività aggiuntive non obbligatorie previste da Accordi regionali o aziendali non può esercitare le stesse attività in regime libero-professionale.
5. Nell'ambito dell'attività libero professionale il pediatra di libera scelta può svolgere attività in favore dei fondi integrativi di cui all'articolo 9 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i.

TITOLO II – ATTIVITÀ DEI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA

ART. 28 – CARATTERISTICHE GENERALI DELLE AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI (AFT).

1. Le AFT, di cui all'articolo 1 del D.L. 13 settembre 2012, n. 158 convertito, con modificazioni, nella L. 8 novembre 2012, n. 189, sono forme organizzative monoprofessionali che perseguono obiettivi di salute e di attività definiti dall'Azienda, secondo un modello-tipo coerente con i contenuti dell'ACN e definito dalla Regione. Esse condividono in forma strutturata obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi.
2. La AFT rappresenta un modello organizzativo che non eroga direttamente assistenza sanitaria, ma realizza le condizioni per l'integrazione professionale delle attività dei pediatri che ne fanno parte.
3. La AFT garantisce l'assistenza pediatrica, come previsto al successivo comma 6, su un ambito territoriale, riferito alla popolazione 0-14 anni, definito dall'Azienda per ogni Distretto in ragione del numero di pediatri di libera scelta e delle caratteristiche orografiche e di offerta assistenziale sul territorio.
4. Con la istituzione della AFT è comunque garantita la diffusione capillare degli studi dei pediatri di libera scelta nell'ambito dei modelli organizzativi regionali. L'AFT può disporre di una sede di riferimento individuata dai pediatri componenti della stessa o proposta dall'Azienda.
5. La AFT è priva di personalità giuridica. I pediatri partecipanti possono essere supportati sia per l'acquisizione che per la gestione dei relativi fattori produttivi da società di servizi, anche cooperative. In ogni caso dette società di servizi non possono fornire prestazioni mediche.
6. Le funzioni essenziali della AFT sono:
   a) assicurare l'erogazione a tutti gli assistiti che ad essa afferiscono dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza (LEA);
   b) realizzare nel territorio del Distretto l'assistenza pediatrica nei giorni feriali nella fascia oraria 8-20. La Regione determina le modalità per garantire il servizio tramite il coordinamento dell'apertura degli studi, ivi compresa la consulenza telefonica dei pediatri limitatamente ad alcune ore della giornata;
   c) promuovere attività di sostegno alla genitorialità, prevenzione, diagnosi precoce e percorsi di gestione delle patologie croniche, anche coordinandosi con le AFT della medicina generale;
   d) sviluppare la medicina d'iniziativa anche al fine di promuovere corretti stili di vita presso la popolazione assistita;
   e) garantire la continuità dell'assistenza anche mediante l'utilizzo della ricetta elettronica dematerializzata ed il continuo aggiornamento della scheda sanitaria individuale informatizzata e del fascicolo sanitario elettronico (FSE);

f) concorrere alla realizzazione degli obiettivi previsti dalla programmazione regionale ed aziendale;

g) promuovere la condivisione fra i pediatri di libera scelta di percorsi assistenziali, anche in coordinamento con le strutture sanitarie del S.S.R., con le UCCP e con le AFT della medicina generale e della specialistica ambulatoriale, per la gestione delle patologie acute e croniche. A tal fine possono essere previste AFT con una sede di riferimento.

7. La AFT realizza le funzioni di cui al precedente comma, secondo il modello organizzativo regionale, in raccordo con la UCCP di riferimento, alla quale la AFT e i suoi componenti si collegano funzionalmente, integrando il *team* multiprofessionale per la gestione dei casi complessi e per specifici programmi di attività.

8. I pediatri di libera scelta, oltre ad esercitare l'attività convenzionale nei confronti dei propri assistiti, contribuiscono alla promozione della medicina d'iniziativa, ed in particolare operano per:

a) garantire una effettiva presa in carico degli assistiti a partire, in particolare, da quelli con patologia cronica di cui all'articolo 4, comma 1, lettera a) e bisogni assistenziali complessi. A tal fine e con riferimento specifico a questa tipologia di assistiti attivano l'integrazione con gli altri servizi sanitari di secondo e terzo livello, prevedendo il diritto all'accesso in ospedale dei pediatri di libera scelta;

b) contribuire all'integrazione fra assistenza sanitaria e assistenza sociale a partire dall'assistenza domiciliare in raccordo con il Distretto e le strutture territoriali di riferimento e in sinergia con i diversi soggetti istituzionali e con i poli della rete di assistenza.

9. I pediatri di libera scelta sono funzionalmente connessi tra loro mediante una struttura informatico-telematica di collegamento tra le schede sanitarie individuali degli assistiti che consenta, nel rispetto della normativa sulla *privacy* e della sicurezza nella gestione dei dati, l'accesso di ogni pediatra della AFT alle informazioni cliniche degli assistiti degli altri pediatri operanti nella medesima AFT. Al referente di AFT è consentita l'estrazione di dati di attività, in forma aggregata ed anonima, per la valutazione complessiva e la programmazione di percorsi assistenziali da garantire agli assistiti di riferimento della AFT.

10. Le attività, gli obiettivi ed i livelli di *performance* della AFT sono parte integrante del programma delle attività territoriali del Distretto. La valutazione dei risultati raggiunti dalla AFT, secondo indicatori stabiliti negli Accordi Integrativi Regionali, costituisce un elemento per l'erogazione della parte variabile del trattamento economico dei pediatri componenti la stessa AFT.

11. Il funzionamento interno della AFT è disciplinato da un apposito regolamento definito a livello aziendale sulla base della programmazione regionale, definito nel Comitato aziendale.

ART. 29 – IL REFERENTE DI AFT.

1. I pediatri di libera scelta componenti la AFT individuano al loro interno, con modalità definite nel regolamento di funzionamento di cui all'articolo 28, comma 11, un referente ed il suo sostituto. I pediatri proposti devono essere disponibili a svolgere tale funzione, garantendone la continuità per la durata prevista e mantenendo invariato l'incarico convenzionale in essere. Gli Accordi Integrativi Regionali disciplinano la durata del mandato e le modalità di svolgimento. Tale funzione non incide sull'incarico convenzionale in essere.
2. Tra i referenti di AFT del Distretto è individuato il rappresentante dei pediatri di libera scelta componente di diritto dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali.
3. Il referente di AFT promuove, in particolare, la realizzazione di quanto previsto dall'articolo 28, comma 1. Il referente promuove, altresì, il coordinamento delle attività dei pediatri al fine di garantire, nell'ambito delle attività distrettuali, la continuità dell'assistenza, che si realizza per tutto l'arco della giornata e per tutti i giorni della settimana attraverso l'integrazione con i medici del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria.
4. Il referente favorisce, per la parte che riguarda la AFT, l'integrazione dei percorsi assistenziali volti a garantire continuità dell'assistenza con gli altri servizi aziendali, incluso il raccordo funzionale con la UCCP.
5. Il referente predispone annualmente la relazione dell'attività svolta dalla AFT per il raggiungimento degli obiettivi di cui all'articolo 28, comma 10.
6. Il referente collabora con l'Azienda, in particolare con l'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP), per risolvere disservizi a seguito di segnalazioni.
7. Al referente è riconosciuto un compenso commisurato alle funzioni assegnate e ai risultati ottenuti. Gli Accordi Integrativi Regionali definiscono l'entità della remunerazione destinata alla funzione di "referente", il cui onere è finanziato con risorse attinte preventivamente dal fondo di cui all'articolo 44, comma 1, lettera B, punto II.
8. Il Direttore Generale dell'Azienda ratifica la designazione e valuta annualmente il referente di AFT in relazione ai compiti di cui al presente articolo. In caso di mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati di cui all'articolo 28, comma 10 del presente Accordo e sentiti i componenti della AFT, ovvero su richiesta dei componenti della AFT secondo quanto previsto dal regolamento di funzionamento di cui all'articolo 28, comma 11 del presente Accordo, il Direttore Generale dell'Azienda può procedere, anche prima della scadenza, al subentro del sostituto nella funzione fino alla nuova designazione ai sensi del precedente comma 1.
9. L'attuazione di quanto previsto dal presente articolo è demandata al regolamento di funzionamento di cui all'articolo 28, comma 11 del presente Accordo.

ART. 30 – RAPPORTO OTTIMALE E CARENZA ASSISTENZIALE.

1. Dall'anno successivo all'entrata in vigore del presente Accordo il rapporto ottimale dei pediatri di libera scelta, riferito a ciascun ambito territoriale, è determinato in base al numero di residenti di età compresa tra 0 e 14 anni, decurtato il numero degli assistiti di età superiore ai 6 anni e minore di 14 anni in carico ai medici del ruolo unico di assistenza primaria. In assenza degli Accordi Integrativi Regionali, per la determinazione degli ambiti da considerare carenti, si applica il seguente calcolo: somma del numero dei bambini residenti in età 0-5 anni e 364 giorni con il 70% dei residenti in età 6-13 anni e 364 giorni. In esito a tale calcolo si procede all'inserimento di un pediatra ogni 850 residenti o frazione superiore a 450.

2. Gli Accordi Integrativi Regionali, coerentemente con i modelli organizzativi adottati, possono determinare rapporti ottimali diversi per singoli ambiti territoriali o per l'intero territorio regionale, tenuto conto, in particolare, delle caratteristiche demografiche, delle peculiarità geografiche del territorio e dell'offerta assistenziale, nonché di specifiche difficoltà assistenziali locali.

3. Nei Comuni comprendenti più Aziende, per la determinazione del rapporto ottimale, si fa riferimento alla popolazione complessiva 0-14 anni residente nel Comune.

4. L'ambito territoriale di iscrizione del pediatra, ai fini dell'esercizio della scelta da parte del cittadino e dell'apertura degli studi medici, è costituito, sulla base di determinazioni aziendali, da uno o più Comuni. In ogni ambito deve essere garantito di norma l'inserimento di almeno due pediatri. Il pediatra operante in un Comune comprendente più Aziende è iscritto nell'elenco di una sola Azienda. In caso di modifica di ambito territoriale, il pediatra conserva tutte le scelte in suo carico, comprese quelle che vengono a far parte di un ambito diverso da quello in cui, in conseguenza della modifica, si trova inserito, nel rispetto del diritto di scelta degli assistiti.

5. In tutti i Comuni, Circoscrizioni e località con un numero di abitanti nella fascia d'età 0-14 anni superiore al 50% del valore utilizzato nella determinazione del rapporto ottimale deve essere comunque assicurata l'assistenza ambulatoriale, in presenza o in telemedicina, sulla base di regolamentazione aziendale. L'AFT è l'articolazione organizzativa di riferimento da considerare per la valutazione del fabbisogno di pediatri di libera scelta.

6. Gli Accordi Integrativi Regionali possono individuare specifiche modalità di determinazione degli ambiti da definirsi carenti per renderli più aderenti al fabbisogno assistenziale delle varie AFT, tenendo conto, in particolare, delle seguenti condizioni:

   a) capacità di acquisire assistiti da parte dei pediatri di libera scelta facenti parte di diversi ambiti territoriali della stessa AFT;

   b) peculiarità geografiche del territorio e densità abitativa;

   c) presidi sanitari pubblici operanti nel territorio.

   Qualora sia possibile soddisfare il fabbisogno in una AFT, l'Azienda esamina eventuali richieste di mobilità intraziendale presentate dai pediatri di libera scelta già titolari di incarico a tempo indeterminato. I pediatri di libera scelta aspiranti alla mobilità devono essere titolari di incarico da almeno 2 anni nella Azienda stessa con priorità dell'assegnazione ai pediatri con maggiore anzianità di incarico.

7. Espletate le procedure di cui al comma precedente, qualora permanga un fabbisogno assistenziale, si procede all'inserimento di nuovi pediatri.
8. Al fine di garantire l'assistenza pediatrica, l'Azienda può procedere all'individuazione di un ambito territoriale carente anche in deroga al presente articolo, previo parere del Comitato aziendale.

ART. 31 – ASSEGNAZIONE DI INCARICHI E INSTAURAZIONE DEL RAPPORTO CONVENZIONALE.

1. L'Azienda, in attuazione di quanto previsto all'articolo 30, comma 7 e tenuto conto del comma 8 del medesimo articolo, procede all'assegnazione di incarichi con obbligo di apertura dello studio medico nella AFT assegnata, nel Comune, nella località o nella sede indicata.
2. La disponibilità di incarichi è resa nota tramite pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione.
3. Possono concorrere al conferimento di incarichi i pediatri di libera scelta già titolari di incarico a tempo indeterminato ed i pediatri aventi titolo secondo l'ordine di priorità di cui all'articolo 32, comma 5.
4. Espletate le procedure di cui all'articolo 32, il Direttore Generale conferisce l'incarico a tempo indeterminato precisando che il pediatra dovrà operare nella AFT/UCCP di assegnazione. In caso di disponibilità di più incarichi nel medesimo ambito territoriale afferenti a diverse AFT, l'Azienda individua l'AFT di assegnazione tenendo conto delle preferenze eventualmente espresse dall'interessato. Il pediatra, entro il termine di 90 (novanta) giorni dal ricevimento della comunicazione di incarico, a pena di decadenza, deve:
   a) aprire nell'ambito territoriale assegnatogli, tenuto conto delle prescrizioni di cui all'articolo 32, comma 3 uno studio professionale secondo i requisiti di cui all'articolo 33 e darne comunicazione alla Azienda;
   b) comunicare l'Ordine professionale provinciale di iscrizione.
5. L'Azienda, avuto riguardo a documentate difficoltà connesse all'apertura dello studio, può consentire proroghe al termine di cui al comma 4 entro il limite massimo di ulteriori 60 (sessanta) giorni.
6. Al fine di agevolare l'inserimento del pediatra e per garantire l'assistenza nell'ambito territoriale assegnatogli, il pediatra, qualora l'Azienda metta a disposizione un ambulatorio ai sensi del successivo comma 10, a pena di decadenza deve avviare l'attività professionale entro 30 (trenta) giorni dal ricevimento della comunicazione di incarico, fatto salvo il rispetto dei termini di preavviso di cui all'articolo 23, comma 1, lettera a) del presente Accordo e di quelli previsti per dimissioni da altri rapporti di lavoro dipendente e convenzionato. È fatta salva la possibilità di non utilizzare l'ambulatorio reso disponibile dall'Azienda aprendo, nel medesimo termine, il proprio studio professionale. Il pediatra può trasferire successivamente il proprio studio in altra sede, senza interruzioni dell'assistenza e nel rispetto delle eventuali prescrizioni ricevute all'atto dell'assegnazione dell'incarico.
7. Il pediatra comunica l'avvenuta apertura dello studio entro il termine di cui al comma 4, fatto salvo quanto previsto al comma 5, ovvero entro il termine di cui al comma 6. Entro 15 (quindici) giorni dalla comunicazione l'Azienda procede alla verifica dell'idoneità dello studio in rapporto ai requisiti di cui all'articolo 33 e ne notifica i risultati al pediatra interessato assegnandogli, se necessario, un termine non superiore a 30 (trenta) giorni per eseguire gli adeguamenti prescritti. Trascorso tale termine inutilmente il pediatra decade dal diritto all'incarico.
8. L'iscrizione nell'elenco di scelta per gli assistiti, decorre dalla comunicazione della Azienda attestante l'idoneità dello studio oppure alla scadenza del termine dei 15 giorni di cui al comma

precedente, qualora la Azienda non proceda alla prevista verifica di idoneità. È fatta comunque salva la facoltà della Azienda di verificare in qualsiasi momento l'idoneità dello studio.

9. Al pediatra, al quale sia stato definitivamente conferito l'incarico ai sensi del presente articolo, è fatto divieto di esercitare attività convenzionali ai sensi del presente Accordo in studi professionali collocati fuori dall'ambito territoriale nel cui elenco egli è iscritto. Per il valore di diffusione capillare e per il miglioramento della qualità dell'assistenza, può essere autorizzata l'apertura di più studi secondo le procedure previste dal precedente comma 7.

10. L'Azienda, per le finalità di cui al comma 6, può consentire l'utilizzazione di un ambulatorio eventualmente disponibile. L'ammontare e le modalità di compensazione delle spese per l'uso, comprese le spese per il suo utilizzo, sono definite a livello aziendale.

11. Il pediatra incaricato APP, all'atto del pensionamento definitivo ovvero della cessazione del rapporto per qualsiasi causa del pediatra titolare, è iscritto nell'elenco relativo al medesimo ambito territoriale del titolare cessato subentrando nel rapporto convenzionale.

ART. 32 – PROCEDURE PER L'ASSEGNAZIONE DI INCARICHI.

1. Entro la fine di marzo di ogni anno ciascuna Regione, o il soggetto da questa individuato, pubblica sul Bollettino Ufficiale l'elenco degli ambiti territoriali carenti e di quelli che si renderanno disponibili nel corso dell'anno, individuati dalle Aziende sulla base dei criteri di cui al precedente articolo 30.

2. In sede di pubblicazione degli ambiti territoriali carenti, fermo restando l'ambito di iscrizione del pediatra, l'Azienda può indicare la zona all'interno dell'ambito territoriale in cui deve essere comunque assicurata l'assistenza ambulatoriale ed eventualmente indicare una modalità articolata.

3. L'indicazione di cui al comma precedente costituisce vincolo alla apertura di uno studio nella zona indicata, vincolo che si protrae per un periodo di anni 2 (due) dall'iscrizione nell'elenco, trascorso il quale, il pediatra può chiedere all'Azienda di rimuovere tale vincolo in caso di pubblicazione di una nuova zona carente nell'ambito di scelta. Al momento del rilevamento della zona carente, l'Azienda, sentito il pediatra interessato, indica la sede da lui lasciata vacante come sede di pubblicazione della nuova zona carente. Lo spostamento dello studio può aver luogo esclusivamente con l'inizio dell'attività convenzionale del nuovo inserito.

4. Gli aspiranti, entro 20 (venti) giorni dalla pubblicazione di cui al comma 1, presentano alla Regione, o al soggetto da questa individuato, domanda di assegnazione, con apposizione del bollo secondo la normativa vigente, per uno o più ambiti territoriali carenti.

5. Possono concorrere al conferimento degli incarichi secondo il seguente ordine:

   a) per trasferimento tra Aziende (interaziendale): i pediatri titolari di incarico a tempo indeterminato iscritti da almeno due anni nel medesimo elenco di provenienza della stessa Regione che pubblica l'avviso ;

   b) per trasferimento tra Aziende (interaziendale): i pediatri titolari di incarico a tempo indeterminato iscritti da almeno quattro anni nel medesimo elenco di provenienza di altra Regione;

   c) i pediatri inclusi nella graduatoria regionale per l'anno in corso valida al momento della pubblicazione degli ambiti territoriali;

   d) i pediatri che abbiano acquisito il diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i. successivamente alla data di scadenza della presentazione della domanda di inclusione in graduatoria regionale, autocertificandone il possesso all'atto della presentazione della domanda di cui al comma 4;

   e) pediatri in possesso del diploma di specializzazione in pediatria o discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i, non compresi nella lettera precedente.

6. I pediatri di cui al comma 5, lettere a) e b) sono graduati in base all'anzianità complessiva di incarico a tempo indeterminato, detratti i periodi di eventuale sospensione dall'incarico di cui all'articolo 21, comma 1.

7. I pediatri di cui al comma 5, lettera c) sono graduati nell'ordine risultante dai seguenti criteri:

   a) punteggio riportato nella graduatoria regionale di cui all'articolo 19;

b) punti 6 a coloro che nell'ambito territoriale dichiarato carente per il quale concorrono abbiano la residenza fin da due anni antecedenti la scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico;

c) punti 10 ai pediatri residenti nell'ambito della Regione da almeno due anni antecedenti la data di scadenza del termine per la presentazione della domanda di inclusione nella graduatoria regionale e che tale requisito abbiano mantenuto fino al conferimento dell'incarico.

8. I pediatri di cui al comma 5, lettera d) e lettera e) sono graduati nell'ordine della anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della minore età.

9. In caso di pari posizione in graduatoria, i pediatri di cui al comma 5, lettere a) e b) e c) sono graduati nell'ordine della anzianità di specializzazione, del voto di specializzazione e della minore età.

10. Le graduatorie per l'assegnazione degli ambiti territoriali carenti sono formulate sulla base dell'anzianità, dei relativi punteggi e criteri indicati, con la precisazione, per ciascun nominativo, degli ambiti per cui concorre.

11. La Regione, o il soggetto da questa individuato, interpella secondo il seguente ordine:

a) i pediatri di cui al comma 5, lettera a);

b) i pediatri di cui al comma 5, lettera b);

c) i pediatri di cui al comma 5, lettera c);

d) i pediatri di cui al comma 5, lettera d), con priorità di interpello per i residenti nell'ambito carente, in Azienda, in seguito nella Regione e da ultimo fuori Regione;

e) i pediatri di cui al comma 5, lettera e), con priorità di interpello per i residenti nell'ambito carente, in Azienda, in seguito nella Regione e da ultimo fuori Regione.

12. La Regione, o il soggetto individuato, indica nell'avviso di cui al comma 1 la data e la sede di convocazione dei candidati ovvero provvede, secondo modalità dalla stessa definite, alla convocazione dei pediatri con un preavviso di 15 (quindici) giorni.

13. Il pediatra interpellato deve, a pena di decadenza, dichiarare l'ambito territoriale per il quale accetta l'incarico o rinunciare all'assegnazione.

14. La mancata presentazione costituisce rinuncia all'incarico. Il pediatra oggettivamente impossibilitato a presentarsi può dichiarare, secondo modalità definite dalla Regione o, in assenza di tale definizione, mediante posta elettronica certificata, la propria disponibilità all'accettazione con l'indicazione dell'ordine di priorità tra gli ambiti territoriali carenti per i quali abbia presentato domanda; in tal caso gli sarà attribuito il primo incarico disponibile tra quelli indicati. Il pediatra che accetta l'incarico non può partecipare all'assegnazione di incarichi pubblicati nel corso dello stesso anno.

15. Il pediatra che accetta per trasferimento decade dall'incarico di provenienza, fatto salvo l'obbligo di garantire l'attività convenzionale nel periodo di preavviso di cui all'articolo 23, comma 1, lettera a). La rinuncia o decadenza dal nuovo incarico non consente il ripristino dell'incarico di provenienza.

16. All'atto dell'assegnazione dell'incarico, il pediatra deve rilasciare una dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante la posizione giuridica. Eventuali situazioni di incompatibilità di cui all'articolo 20 devono essere risolte all'atto dell'assegnazione dell'incarico e comunque cessare prima del conferimento dello stesso.
17. La Regione, o il soggetto individuato, espletate le formalità per l'assegnazione degli incarichi, invia gli atti alle Aziende interessate e, in caso di assegnazione di ambito territoriale carente, ai sensi del comma 5, lettera b), ad un pediatra proveniente da altra Regione, comunica alla Azienda di provenienza l'avvenuta accettazione dell'incarico ai fini di quanto previsto dal comma 15.
18. La Regione, o il soggetto da questa individuato, successivamente alla conclusione delle procedure di cui al comma 1, può procedere, in corso d'anno, alla pubblicazione di ulteriori avvisi secondo i termini, i criteri e le modalità determinati nel presente articolo.

ART. 33 – REQUISITI DEGLI STUDI MEDICI.

1. Lo studio del pediatra di libera scelta, studio professionale privato, è presidio del Servizio Sanitario Nazionale che concorre al perseguimento degli obiettivi di salute del medesimo Servizio nei confronti del cittadino mediante attività assistenziali convenzionate e non convenzionate.
2. Lo studio deve essere dotato degli spazi, degli arredi e delle attrezzature indispensabili per l'esercizio dell'attività convenzionale, di sala d'attesa adeguatamente arredata, di servizi igienici, di illuminazione e aerazione conformi alla legislazione e ai regolamenti vigenti, di strumenti di comunicazione con gli assistiti, di strumenti informatici idonei ad assolvere ai compiti di cui all'articolo 6.
3. Gli spazi di cui al comma precedente sono adibiti esclusivamente ad uso di studio del pediatra di libera scelta per lo svolgimento dell'attività convenzionale, al di fuori della quale è possibile utilizzarli per altre attività sanitarie. Se lo studio è inserito in un appartamento di civile abitazione, i locali e l'ingresso devono essere specificatamente dedicati.
4. Se lo studio è ubicato presso strutture adibite ad altre attività non mediche oppure attività sanitarie soggette ad autorizzazione, lo stesso deve avere un ingresso indipendente e deve essere eliminata ogni comunicazione con le restanti parti della struttura, fatte salve diverse determinazioni regionali che assicurino, comunque, la salvaguardia dell'interesse del S.S.N.
5. L'orario giornaliero di apertura dello studio è concordato dal pediatra con il referente di AFT al fine di garantire quanto previsto dall'articolo 28, comma 6, lettera b), dal lunedì al venerdì, nella fascia 8,00-20,00, con previsione di apertura per almeno due fasce pomeridiane o mattutine alla settimana, e comunque con apertura il lunedì, secondo un orario non inferiore a:

   - 5 ore fino a 250 assistiti;
   - 10 ore da 251 a 500 assistiti;
   - 15 ore da 501 a 750 assistiti;
   - 18 ore da 751 a 1000 assistiti.

   Fermo restando il debito orario minimo, il pediatra è tenuto a garantire le ore definite dal referente di AFT per il coordinamento dell'orario di apertura degli studi necessario a garantire l'assistenza pediatrica.
6. L'articolazione oraria degli studi dei pediatri dell'AFT deve garantire ai cittadini un riferimento preciso cui rivolgersi quando lo studio del proprio pediatra è chiuso.
7. Le visite nello studio medico sono di norma erogate attraverso un sistema di prenotazione, salvo diversa valutazione del pediatra.
8. Le modalità di contattabilità del pediatra di libera scelta al di fuori delle fasce orarie di apertura dello studio sono disciplinate dagli Accordi Integrativi Regionali.
9. Nel caso di esercizio dell'attività convenzionale in più studi, l'orario complessivo di cui al comma 5 può essere frazionato tra tutti gli studi con prevalente apertura in quello principale, in accordo con la programmazione dell'apertura degli studi all'interno della AFT.

10. I pediatri devono comunicare all'Azienda e agli assistiti le modalità di organizzazione, l'articolazione oraria di apertura degli studi con i relativi recapiti telefonici di riferimento al fine di garantire una costante informazione.
11. Gli studi possono essere anche utilizzati per ulteriori finalità connesse al potenziamento dell'assistenza territoriale convenzionata, concordate a livello aziendale sulla base di specifica programmazione regionale.

ART. 34 – SOSTITUZIONI.

1. Il pediatra di libera scelta ha l'obbligo di farsi sostituire fin dall'inizio dell'assenza, di comunicare la durata e le motivazioni, nonché il nominativo del sostituto al referente di AFT in caso di sostituzione fino a tre giorni ovvero all'Azienda in caso di sostituzione di durata superiore. Il pediatra deve inoltre informare i propri assistiti sulla durata e le modalità della sostituzione, dandone comunicazione anche al referente di AFT o al coordinatore di UCCP.
2. La sostituzione di pediatri che non abbiano potuto provvedere ai sensi del comma 1 può essere effettuata da pediatri operanti nella medesima AFT, secondo modalità e procedure concordate tra gli stessi e il referente di AFT.
3. Qualora non vi siano le condizioni per effettuare la sostituzione secondo quanto previsto ai precedenti commi, l'Azienda provvede sulla base della graduatoria aziendale di disponibilità di cui all'articolo 19, comma 7, con priorità per i residenti nell'ambito di iscrizione del pediatra sostituito.
4. Il sostituto assume direttamente e formalmente, all'atto dell'accettazione della sostituzione, le responsabilità professionali e gli obblighi del titolare. Non è consentito al sostituto acquisire scelte del titolare.
5. Alla sostituzione del pediatra sospeso dall'incarico ai sensi dell'articolo 21, comma 1, provvede la Azienda utilizzando la graduatoria aziendale di disponibilità di cui all'articolo 19, comma 7.
6. Il compenso spettante al pediatra che effettua la sostituzione è pari al 55% del compenso di cui all'articolo 44, comma 1, lettera A, punti I e II, ed è corrisposto:

   a) intero per i mesi di aprile, maggio, ottobre e novembre;

   b) maggiorato del 20% per i mesi di dicembre, gennaio, febbraio e marzo;

   c) ridotto del 20% per i mesi di giugno, luglio, agosto e settembre.

   Al titolare viene corrisposta la restante parte dei compensi mensili dovuti.
7. Al sostituto spettano inoltre i compensi per le prestazioni aggiuntive di cui all'Allegato 7 e le ulteriori prestazioni individualmente eseguite nel corso della sostituzione.
8. Per sostituzioni pari o inferiori a 30 (trenta) giorni e comunque per i primi 30 (trenta) giorni di sostituzione continuativa l'Azienda corrisponde i compensi al pediatra titolare, il quale provvede ad erogare al sostituto i compensi dovuti nel rispetto della normativa fiscale. Dal trentunesimo giorno l'Azienda corrisponde i compensi direttamente al sostituto. Se il sostituto è incaricato dall'Azienda i compensi sono corrisposti allo stesso fin dal primo giorno di sostituzione. In caso di decesso del pediatra, il sostituto già designato prima del decesso può proseguire l'attività nei confronti degli assistiti in carico al pediatra deceduto fino all'eventuale copertura della zona carente o comunque per un periodo non superiore a sessanta giorni, conservando il trattamento di cui beneficiava durante la sostituzione.
9. Qualora il medico sostituto non sia in possesso del titolo di specializzazione in pediatria, o discipline equipollenti, i rapporti economici sono regolati secondo le norme previste dall'Accordo per la medicina generale, fatti salvi diversi Accordi Integrativi Regionali. Al pediatra sostituito è corrisposta la restante parte dei compensi mensili dovuti.

ART. 35 – INCARICHI PROVVISORI.

1. In attesa del conferimento di incarico a tempo indeterminato di pediatra di libera scelta ai sensi dell'articolo 31, l'Azienda può conferire un incarico provvisorio utilizzando la graduatoria aziendale di disponibilità di cui all'articolo 19, comma 7, con priorità per i pediatri residenti nell'ambito territoriale carente, nell'Azienda, successivamente nella Regione ed infine fuori Regione.
2. L'incarico provvisorio è conferito con durata non superiore a dodici mesi e cessa:
   a) al raggiungimento del periodo massimo di dodici mesi;
   b) al momento dell'inserimento del pediatra titolare, con comunicazione dell'Azienda da effettuarsi almeno un mese prima;
   c) per recesso del pediatra incaricato, da comunicare secondo quanto previsto all'articolo 23, comma 1, lettera a).
3. Al pediatra per gli assistiti in carico vengono corrisposti i compensi previsti all'articolo 44, comma 1, lettera A, punti I e II ed i compensi per le prestazioni aggiuntive di cui all'Allegato 7 e per le ulteriori prestazioni individualmente eseguite.
4. L'Azienda è tenuta a concedere in uso l'eventuale struttura ambulatoriale in suo possesso nell'ambito territoriale di incarico.

ART. 36 – MASSIMALE DI SCELTE E SUE LIMITAZIONI.

1. I pediatri iscritti negli elenchi acquisiscono le scelte di assistiti dalla nascita fino al compimento del sesto anno, fascia di età esclusiva, e possono acquisire e conservare le scelte fino al compimento del quattordicesimo anno di età.
2. I pediatri di libera scelta possono acquisire un numero massimo di scelte pari a 1.000 unità. Eventuali deroghe al massimale di 1.000 unità sono attivate dall'Azienda per necessità assistenziali in relazione a particolari situazioni locali o a particolari assetti organizzativi, ai sensi dell'articolo 48, comma 3, punto 5 della Legge 833/78 per un tempo determinato. Al raggiungimento di tali limiti, ciascun pediatra può acquisire nuovi assistiti con la ricusazione contestuale di un pari numero di scelte da individuare esclusivamente tra gli assistiti di età non inferiore a 13 anni.
3. Nel massimale sono conteggiate sia le scelte a tempo indeterminato che quelle a tempo determinato di cui all'articolo 37, commi 3, 4 e 5.
4. Le scelte di minori in età pediatrica appartenenti a nuclei familiari nell'ambito dei quali il pediatra abbia già in cura altro soggetto in età pediatrica sono acquisibili oltre il massimale di cui ai commi 2 e 6 del presente articolo.
5. I pediatri che hanno un numero di assistiti in carico superiore a quanto stabilito dal presente articolo, rientrano nel limite mediante la sospensione dell'attribuzione di nuove scelte.
6. L'autolimitazione del proprio massimale in misura non inferiore al rapporto ottimale è conservata ai pediatri di libera scelta già autorizzati entro il termine di vigenza del precedente Accordo. Il massimale individuale derivante da autolimitazione del numero di scelte non è modificabile, su richiesta del pediatra, prima di 3 (tre) anni dalla data di decorrenza della stessa. Al raggiungimento di tale limite, ciascun pediatra può acquisire nuovi assistiti con la ricusazione contestuale di un pari numero di scelte da individuare esclusivamente tra gli assistiti di età non inferiore a 13 anni. Per necessità assistenziali l'autorizzazione alla limitazione del massimale può essere revocata dall'Azienda, sentito il Comitato aziendale.
7. I compensi sono corrisposti fino al massimale (e le eventuali deroghe) di cui al comma 2 o fino al massimale individuale derivante da autolimitazione di cui al comma 6, oltre agli assistiti di cui al comma 4 e tenuto conto di quanto previsto al comma 5. Sono altresì corrisposti i compensi per i minori in condizione di prolungamento dell'assistenza fino al sedicesimo anno di età di cui all'articolo 39, comma 2.
8. Ai fini del calcolo del massimale individuale, in caso di svolgimento di attività compatibili, l'impegno settimanale del pediatra equivale convenzionalmente ad un rapporto di 26 assistiti/ora.

ART. 37 – SCELTA DEL PEDIATRA.

1. La libera scelta del pediatra, nel rispetto del numero massimo di assistiti, è collegata alla residenza e compatibile con l'organizzazione sanitaria di riferimento del territorio. Il genitore o il tutore legale sceglie il pediatra di fiducia tra quelli iscritti negli elenchi dell'Azienda Sanitaria di residenza, articolati per Comuni o gruppi di Comuni. L'ambito territoriale per la scelta del pediatra non può essere inferiore all'area comunale; nei Comuni ove operano più Aziende l'ambito territoriale coincide con una frazione del Comune stesso. Per i cittadini residenti la scelta è a tempo indeterminato salvo revoca.
2. Nell'ambito dell'Azienda, il genitore o il tutore legale sceglie il pediatra tra quelli operanti nel Comune di residenza o nei Comuni afferenti al medesimo ambito; può, tuttavia, scegliere un pediatra iscritto in elenchi diversi da quello di residenza, previa accettazione da parte del pediatra interessato. Le Aziende comunicano ai pediatri l'elenco degli assistiti in carico con i necessari aggiornamenti.
3. Eventuali scelte in deroga territoriale in Comuni limitrofi di Aziende/Regioni diverse da quella di appartenenza sono disciplinate negli Accordi Integrativi Regionali o accordi tra Regioni.
4. Per il cittadino non residente la scelta è a tempo determinato per una durata minima di 3 mesi e massima di 1 anno, espressamente prorogabile al fine del mantenimento della continuità assistenziale, così come indicato nell'Accordo Stato-Regioni del 8 maggio 2003, rep. n. 1705. L'Azienda provvede all'iscrizione temporanea previo accertamento dell'avvenuta cancellazione dall'elenco del pediatra di libera scelta dell'Azienda di provenienza.
5. Per il cittadino extracomunitario, in regola con le norme in materia di soggiorno sul territorio italiano, la scelta è a tempo determinato con validità pari a quella del permesso di soggiorno. La scelta è prorogabile alla scadenza su richiesta dell'assistito, purché risulti avviato l'iter procedurale per il rinnovo del permesso di soggiorno.
6. Nell'ipotesi di ambito territoriale in cui il numero di assistibili non sia sufficiente a determinare una zona carente o in caso di carenza di pediatri disponibili ad operare in detta zona, esperite inutilmente anche le procedure di cui all'articolo 36, comma 2, secondo capoverso, può anche essere scelto un medico del ruolo unico di assistenza primaria titolare nello stesso ambito. Tali scelte sono iscritte in un separato elenco. Qualora venga inserito un pediatra, l'Azienda comunica al genitore/tutore legale dei bambini inseriti nell'elenco ed al medico che li assiste la possibilità di effettuare la scelta in favore del pediatra disponibile, assegnando un termine non superiore a 30 (trenta) giorni. Decorso detto termine le scelte iscritte nell'elenco separato sono revocate.
7. Le scelte dei cittadini che, ai sensi dell'articolo 7 della Legge 7 agosto 1982, n. 526, vengono temporaneamente sospesi dagli elenchi della Azienda, sono riattribuite automaticamente al pediatra dal momento della cessazione della sospensione temporanea, anche in deroga al massimale individuale, fatta salva ogni altra e diversa determinazione da parte dell'assistito. A tal fine le Aziende istituiscono apposito separato elenco dei cittadini ai quali sia stata revocata d'ufficio la scelta, onde facilitarne la riattribuzione automatica.
8. In caso di eventuali ritardi nella riattribuzione della scelta di cui al precedente comma, gli effetti economici della stessa decorrono comunque, in difetto di scelta in favore di altro medico, dalla data di cessazione della sospensione. A tal proposito il pediatra è tenuto comunque alla

assistenza del cittadino temporaneamente sospeso dagli elenchi fin dalla data di cessazione della sospensione medesima.

9. Le Aziende provvedono ad informare adeguatamente i cittadini sui servizi e le attività assistenziali fornite dalla AFT del pediatra scelto in base al programma delle attività che le stesse AFT predispongono.

ART. 38 – REVOCA E RICUSAZIONE DELLA SCELTA.

1. Il genitore/tutore legale può revocare in qualsiasi momento la scelta del pediatra, utilizzando le procedure dell'Azienda Sanitaria, ed effettuare una nuova scelta che, ai fini assistenziali, ha effetto immediato.
2. Il pediatra che non intenda prestare la propria opera in favore di un assistito può ricusare la scelta dandone comunicazione alla competente Azienda. Tale ricusazione deve essere motivata da eccezionali ed oggettivi motivi di incompatibilità ai sensi dell'articolo 8, comma 1, lettera b), D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni. Tra i motivi della ricusazione assume particolare importanza la turbativa del rapporto di fiducia. Agli effetti assistenziali la ricusazione decorre dal 16° giorno successivo alla sua comunicazione.
3. Non è consentita la ricusazione qualora nell'ambito territoriale di scelta non sia operante altro pediatra con disponibilità di scelte, salvo che ricorrano eccezionali motivi di incompatibilità.
4. I pediatri di cui all'articolo 36, comma 6, che abbiano esercitato l'autolimitazione del massimale non possono avvalersi dello strumento della ricusazione per mantenersi al di sotto del limite dell'autolimitazione o per rientrare nel massimale.

ART. 39 – REVOCHE D'UFFICIO.

1. Le revoche delle scelte dei cittadini sono effettuate d'ufficio dall'Azienda nei seguenti casi:
   a) decesso dell'assistito;
   b) trasferimento di residenza dell'assistito in altra Azienda;
   c) irregolare doppia iscrizione del cittadino;
   d) cancellazione del pediatra dall'elenco di scelta;
   e) compimento del quattordicesimo anno di età;
   f) mancata richiesta di rinnovo del permesso di soggiorno alla scadenza o diniego di rinnovo dello stesso.
2. La revoca della scelta di cui al comma 1, lettera e), è effettuata d'ufficio, previa comunicazione al genitore/tutore legale. Su richiesta del genitore, previa accettazione del pediatra, la presenza di patologia cronica o di disabilità o di documentate situazioni di disagio psico-sociale può essere riconosciuta come condizione idonea al prolungamento dell'assistenza, comunque non oltre il compimento del sedicesimo anno di età.
3. Le cancellazioni per i casi di cui al comma 1, lettera c), decorrono dalla data della seconda attribuzione nel caso di scelta posta due volte in carico allo stesso pediatra. Se trattasi di pediatri diversi la cancellazione dall'elenco degli assistiti del primo pediatra decorre dalla data della seconda scelta.
4. L'Azienda, con preventiva comunicazione al pediatra riportante gli elementi che motivano il provvedimento, procede al recupero di quote per assistiti liquidate e non dovute, a far data dal verificarsi di uno degli eventi di cui al comma 1. Il pediatra può opporre motivato e documentato ricorso entro 15 (quindici) giorni dalla comunicazione ed il Direttore Generale assume la propria deliberazione in merito entro 30 (trenta) giorni dal ricevimento del ricorso. La ripetizione delle somme o l'applicazione del conguaglio negativo avviene, fino al recupero dell'importo complessivo, nella misura massima mensile del 20% delle quote corrisposte in base al numero degli assistiti in carico, al netto delle ritenute fiscali e previdenziali. L'Azienda può dare corso ad una diversa rateizzazione delle somme da ripetere o al conguaglio negativo, in percentuale superiore al 20%, previo accordo con l'interessato.
5. Gli effetti economici delle cancellazioni e delle attribuzioni di scelte seguono le vigenti disposizioni del Codice Civile in materia di ripetizione di emolumenti non dovuti e di crediti, con relativi termini di prescrizione.

ART. 40 – EFFETTI ECONOMICI DI SCELTA, REVOCA E RICUSAZIONE.

1. Ai fini della corresponsione delle quote per assistiti in carico la scelta, la ricusazione e la revoca decorrono dal primo giorno del mese in corso o dal primo giorno del mese successivo a seconda che intervengano entro il 15° giorno o dal 16° giorno del mese. In caso di morte dell'assistito la quota è corrisposta fino alla data del decesso.
2. Il rateo mensile delle quote per assistiti in carico è frazionabile in trentesimi, ai fini del pagamento di eventuali frazioni di mese, quando le variazioni dipendano da trasferimento, cancellazione o sospensione del pediatra dall'elenco.
3. La cessazione dell'incarico del pediatra per sopraggiunti limiti di età produce effetti economici dal giorno di compimento dell'età prevista.
4. Per i nuovi nati per i quali non è stata effettuata la prima scelta gli effetti economici decorrono dal momento della prima prestazione erogata dal pediatra di libera scelta e da questi attestata mediante idonea dichiarazione da consegnare al competente ufficio al momento dell'effettuazione della prima scelta. In ogni caso la data di decorrenza degli effetti economici non può essere anteriore a 90 giorni antecedenti la scelta.

ART. 41 – COMPITI E FUNZIONI DEL PEDIATRA DI LIBERA SCELTA.

1. Al fine di concorrere ad assicurare la tutela della salute degli assistiti nel rispetto di quanto previsto dai livelli essenziali e uniformi di assistenza e con modalità rispondenti al livello più avanzato di appropriatezza clinica ed organizzativa, il pediatra di libera scelta espleta le seguenti funzioni:

   a) assume il governo del processo assistenziale relativo a ciascun assistito che abbia esercitato la libera scelta nell'ambito del rapporto di fiducia medico-paziente, relativamente a quanto previsto dal presente Accordo;

   b) si fa parte attiva della continuità dell'assistenza per gli assistiti nell'ambito dell'organizzazione prevista dalla Regione;

   c) persegue gli obiettivi di salute degli assistiti con il miglior impiego possibile delle risorse, in attuazione della programmazione regionale, con particolare riferimento alla realizzazione del Piano Nazionale della Cronicità e del Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale, come previsto dall'articolo 4 e dall'Allegato 1 del presente Accordo.

2. Al fine di espletare i suoi compiti e funzioni nel rispetto dei principi sopra indicati, il pediatra di libera scelta svolge la propria attività individualmente ed in integrazione della propria AFT; partecipa inoltre alle attività dell'UCCP di riferimento di cui all'articolo 9 del presente Accordo.

3. Per ciascun assistito in carico, il pediatra raccoglie e invia le informazioni all'Azienda Sanitaria come previsto dall'articolo 6 del presente Accordo.

4. Le funzioni ed i compiti previsti dal presente articolo rappresentano condizioni irrinunciabili per l'accesso ed il mantenimento della convenzione con il S.S.N.

5. Nell'ambito della propria attività il pediatra di libera scelta:

   a) svolge attività di prevenzione e promozione della salute nei confronti del propri assistiti, in particolare aderendo agli indirizzi nazionali e regionali;

   b) gestisce le patologie acute e croniche secondo la miglior pratica, con interventi appropriati e garantisce l'assistenza proattiva nei confronti dei bambini affetti da patologia cronica e dei pazienti fragili;

   c) assicura agli assistiti la presa in carico globale, anche attraverso la consultazione del fascicolo sanitario elettronico (FSE), le prestazioni e visite ambulatoriali e domiciliari;

   d) partecipa a progetti e programmi di attività, finalizzati al rispetto dei livelli programmati di spesa, concordati a livello regionale e/o aziendale, ed a quelli finalizzati a sensibilizzare i cittadini su specifiche tematiche, sull'adozione di corretti stili di vita, uso appropriato dei farmaci e delle risorse messe a disposizione del S.S.N.;

   e) opera nell'ambito delle Aggregazioni Funzionali Territoriali e Unità Complesse delle Cure Primarie rispettando le modalità organizzative concordate all'interno delle stesse;

   f) partecipa alla continuità dell'assistenza, coordinando la propria attività individuale con quella degli altri pediatri della AFT di riferimento e nell'ambito del modello organizzativo definito dalla Regione per garantire l'h24;

   g) adotta le misure necessarie, in conformità alle normative vigenti, per il consenso informato, il trattamento, la conservazione e la sicurezza dei dati sensibili;

h) cura la tenuta e l'aggiornamento della scheda sanitaria individuale informatizzata di ciascun assistito, ad uso del pediatra e ad utilità dell'assistito e del S.S.N. In caso di revoca della scelta, il genitore/tutore legale dell'assistito può richiedere la scheda entro due anni. La scheda sanitaria individuale informatizzata deve essere condivisa con gli altri pediatri della AFT e integrata con il sistema informativo regionale;

i) collabora con la dirigenza dell'Azienda Sanitaria per la realizzazione dei compiti istituzionali del Servizio Sanitario Nazionale;

j) partecipa alle attività formative programmate dall'Azienda;

k) effettua visite occasionali, secondo quanto previsto dall'articolo 43 del presente ACN;

l) redige le certificazioni di cui al comma 6, lettera h);

m) rilascia a titolo oneroso tutte le altre certificazioni;

n) effettua le prestazioni aggiuntive di cui all'Allegato 7;

o) osserva e rileva reazioni indesiderate post-vaccinali;

p) svolge attività di sostegno alla genitorialità.

6. Rientrano nei compiti ed obblighi del pediatra di libera scelta:

a) la presa in carico del neonato entro il primo mese di vita, con il supporto attivo delle unità ospedaliere e distrettuali, per una tempestiva scelta del pediatra, fatti salvi specifici progetti di dimissione precoce e/o protetta;

b) le visite domiciliari richieste per gli assistiti, se ritenute necessarie dal pediatra, avuto riguardo alle condizioni cliniche ed alla possibilità o meno di spostamento in sicurezza degli stessi, da eseguire di norma nel corso della stessa giornata o entro le dodici del giorno successivo, compreso il sabato;

c) l'assistenza programmata dell'assistito, anche in forma integrata con l'assistenza specialistica, infermieristica e riabilitativa, in collegamento se necessario con l'assistenza sociale, secondo gli Allegati 8 e 9;

d) l'assistenza programmata nelle strutture residenziali, sulla base degli Accordi Integrativi Regionali;

e) il consulto con lo specialista, richiesto dal pediatra di libera scelta, attuato di persona presso gli ambulatori dell'Azienda o, su richiesta motivata e previa autorizzazione aziendale, presso il domicilio del paziente;

f) la partecipazione alla realizzazione del Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (P.N.P.V.) vigente, secondo le modalità definite dall'Accordo Integrativo Regionale;

g) la redazione del Piano di assistenza individuale (PAI) del paziente cronico in coerenza con il Piano Nazionale della Cronicità (PNC) e nel rispetto degli atti di programmazione regionale;

h) il rilascio delle seguenti certificazioni:

I. idoneità allo svolgimento di attività sportive non agonistiche di cui al Decreto del Ministero della Salute 24 aprile 2013, articolo 3, lettere a) e c), nell'ambito scolastico, a seguito di specifica richiesta dell'autorità scolastica competente, tenuto conto di quanto

previsto dall'articolo 42-bis del D.L. 21 giugno 2013, n. 69, convertito, con modificazioni, dalla L. 9 agosto 2013, n. 98 e dal D.M. 8 agosto 2014 del Ministero della Salute;

II. riammissione alla scuola dell'obbligo, agli asili nido, alla scuola dell'infanzia e alle scuole secondarie superiori, ove prevista e ai fini dell'astensione dal lavoro del genitore a seguito di malattia del bambino;

III. valutazioni multidimensionali e connesse certificazioni relative alle prestazioni di assistenza domiciliare integrata, programmata e per l'inserimento nelle strutture residenziali sulla base della programmazione e di quanto previsto nell'ambito degli Accordi regionali;

i) il rispetto dei compiti previsti nei confronti della AFT di cui all'articolo 28 e degli interventi previsti dal programma delle attività territoriali di cui all'articolo 13 del presente Accordo.

j) la partecipazione al Progetto Salute Infanzia di cui all'Allegato 10 (bilanci di salute);

k) l'esecuzione di eventuali screening, sulla base di programmi regionali ed aziendali.

7. Nei confronti degli assistiti caratterizzati da condizioni cliniche di particolare gravità, il pediatra di libera scelta garantisce l'assistenza domiciliare in coerenza con il Piano terapeutico e con i percorsi assistenziali definiti a livello regionale.

8. Il programma delle visite domiciliari a favore degli assistiti di cui al comma precedente viene inserito nel flusso informativo di cui all'articolo 6, comma 3.

ART. 42 – ATTIVITÀ PRESCRITTIVA.

1. Il pediatra può prescrivere farmaci e/o indagini specialistiche con ricetta del S.S.N., secondo le norme di legge vigenti e nel rispetto delle modalità previste dal S.S.N., nei confronti dei propri assistiti, fatto salvo quanto previsto all'articolo 43, comma 6.
2. In caso di assenza del pediatra di scelta le prescrizioni urgenti possono essere effettuate da un altro pediatra della stessa AFT.
3. La richiesta di indagine, prestazione, visita specialistica deve essere corredata dal quesito o sospetto diagnostico e, ove previsto, dalla specifica modulistica secondo disposizioni vigenti. La proposta di ricovero o prescrizione di cure termali deve essere accompagnata dalla specifica motivazione. Le richieste di ulteriori prestazioni assistenziali sono effettuate nel rispetto delle disposizioni regionali.
4. Il pediatra rilascia la prescrizione farmaceutica e di indagini specialistiche anche in assenza del paziente quando, a suo giudizio, ritenga non necessaria la visita del paziente.
5. Gli assistiti possono accedere nelle strutture pubbliche, senza la richiesta del pediatra di libera scelta, alle seguenti specialità: odontoiatria, ostetricia e ginecologia, neuropsichiatria infantile, oculistica, limitatamente alle prestazioni optometriche, attività dei servizi di prevenzione e consultoriali.
6. Per quanto attiene ai rapporti con i medici specialisti, anche in attuazione del precedente comma e nel rispetto del disposto della Legge 326/2003 e dei successivi decreti attuativi, si applicano le disposizioni dell'Azienda per la prescrizione diretta da parte dello specialista di eventuali indagini preliminari agli esami strumentali, di tutti gli approfondimenti necessari alla risposta al quesito diagnostico posto, degli accertamenti preliminari a ricoveri o a interventi chirurgici, nonché della richiesta delle prestazioni da eseguire entro 30 giorni dalla dimissione o dalla consulenza specialistica. Trascorso tale termine i controlli programmati saranno proposti al pediatra di libera scelta.
7. Le Aziende che rilevano comportamenti prescrittivi del pediatra di libera scelta ritenuti non conformi alle disposizioni di legge sottopongono il caso all'organismo composto dai soggetti individuati al successivo comma 8, deputati a verificare l'appropriatezza prescrittiva nell'ambito delle attività distrettuali.
8. Fatte salve diverse determinazioni a livello regionale, il Direttore del Distretto è coadiuvato, per gli adempimenti di cui al comma 7, dal referente di AFT componente di diritto dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali e da un altro referente di AFT eletto tra quelli operanti nel Distretto, integrati dal responsabile del servizio farmaceutico, o da suo delegato, e da un medico individuato dal Direttore Sanitario dell'Azienda.
9. L'organismo suddetto esamina il caso entro 30 giorni dalla segnalazione, tenendo conto dei seguenti principi:
   a) la ipotesi di irregolarità deve essere contestata al pediatra per iscritto entro gli ulteriori 15 giorni assegnandogli un termine non inferiore a 15 giorni per le eventuali controdeduzioni e/o la richiesta di essere ascoltato;

b) il risultato dell'accertamento, esaminate le eventuali controdeduzioni e/o udito il pediatra interessato, è comunicato al Direttore Generale della Azienda per i provvedimenti di competenza e al pediatra interessato.

10. La prescrizione farmaceutica è valutata tenendo conto dei seguenti elementi:

a) sia oggetto di occasionale, e non ripetuta, inosservanza delle norme prescrittive dovuta ad errore scusabile;

b) sia stata determinata da un eccezionale stato di necessità attuale al momento della prescrizione, con pericolo di danno grave alla vita o all'integrità della persona che non possa essere evitato con il ricorso alle competenti strutture o servizi del S.S.N.;

c) sia stata determinata dalla novità del farmaco prescritto e/o dalla novità della nota AIFA, o di altra norma, e, comunque, per un periodo non superiore a 30 giorni dalla immissione alla vendita, dall'emanazione ufficiale della nota AIFA o di altra norma.

ART. 43 – VISITE OCCASIONALI.

1. I pediatri di libera scelta prestano la propria attività anche in favore dei cittadini in età pediatrica che, trovandosi occasionalmente al di fuori dell'ambito territoriale di riferimento, ricorrano ad essi.
2. Le prestazioni di cui al comma precedente sono compensate direttamente dal cittadino con le seguenti tariffe omnicomprensive:
   - visita ambulatoriale: € 30,00
   - visita domiciliare: € 45,00
3. Le visite occasionali sono assicurate anche ai soggetti rientranti nelle condizioni di particolare bisogno individuate dalla Regione, con pagamento delle stesse al pediatra da parte dell'Azienda Sanitaria.
4. Al pediatra di libera scelta che effettua le visite ambulatoriali e domiciliari a favore dei cittadini stranieri in temporaneo soggiorno in Italia, in possesso del prescritto documento comprovante il diritto all'assistenza sanitaria a carico del Servizio Sanitario pubblico, sono attribuiti gli stessi compensi di cui al comma 2. In tal caso il pediatra di libera scelta notula alla propria Azienda Sanitaria le anzidette prestazioni, annotando gli estremi del documento sanitario, il nome e cognome dell'avente diritto e il tipo di prestazione effettuata.
5. Nell'ambito degli Accordi Integrativi Regionali possono essere individuate ulteriori e differenti modalità di erogazione e di retribuzione delle visite occasionali di cui al presente articolo.
6. Per le prestazioni di cui al presente articolo, il pediatra è tenuto a utilizzare la ricetta del S.S.N. secondo le disposizioni vigenti, indicando la residenza del paziente.

ART. 44 – TRATTAMENTO ECONOMICO DEL PEDIATRA DI LIBERA SCELTA.

1. La retribuzione per il pediatra di libera scelta, al netto degli oneri previdenziali a carico dell'Azienda, si articola in:

A. quota capitaria per assistito, definita e negoziata a livello nazionale;

B. quota variabile, definita a livello nazionale e negoziata a livello regionale, finalizzata all'effettuazione di specifici programmi di attività per la promozione del governo clinico, allo sviluppo della medicina d'iniziativa ed alla presa in carico di pazienti affetti da patologia cronica;

C. quota per servizi, definita a livello nazionale e negoziata a livello regionale;

D. quota del fondo aziendale dei fattori produttivi, definita a livello nazionale e negoziata a livello regionale;

E. quota per ulteriori attività e prestazioni, definita e negoziata a livello regionale.

Le risorse contrattuali relative alle quote B, C e D potranno rappresentare fino al 30% del totale e saranno finalizzate alle attività e agli obiettivi di livello regionale. Queste quote possono essere ulteriormente integrate con gli incentivi legati al trasferimento di risorse alla luce del perseguimento del riequilibrio di prestazioni ospedale-territorio derivanti da azioni e modalità innovative dei livelli assistenziali di cure primarie.

A. QUOTA CAPITARIA

I. compenso forfetario annuo, per ciascun assistito in carico, pari ad Euro 87,92, con la decorrenza indicata all'articolo 5 del presente Accordo;

II. compenso aggiuntivo annuo, per ciascun assistito che non abbia compiuto il 6° anno di età, pari ad Euro 17,93;

III. assegno individuale non riassorbibile riconosciuto ai pediatri titolari di incarico a tempo indeterminato al 15 dicembre 2005 e determinato al 31 dicembre 2005 secondo la tabella di cui all'articolo 58, lettera A, comma 2, dell'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i.;

IV. quota capitaria annua derivante dal fondo per la ponderazione qualitativa delle quote capitarie, pari ad Euro 3,08 per assistito, ripartita dagli Accordi Integrativi Regionali. Tale fondo è integrato, nel rispetto del termine e dei limiti previsti dalle vigenti disposizioni di legge, con gli assegni individuali di cui al precedente punto III, resisi disponibili per effetto della cessazione dal rapporto convenzionale di singoli pediatri, ai sensi dell'art. 58, comma 1, lett. A, punto 5 dell'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i.;

V. quota capitaria annua aggiuntiva di ingresso pari ad Euro 24,00, per le prime 250 scelte, riconosciuta ai pediatri di libera scelta incaricati a tempo indeterminato in data successiva al 15 dicembre 2005. Tale quota non è dovuta per le scelte oltre la duecentocinquantesima.

B. QUOTA VARIABILE

I. quota annua derivante dai fondi per l'effettuazione di specifici programmi di attività finalizzate al governo clinico, pari ad Euro 3,08 per assistito, ripartita dagli Accordi Integrativi Regionali nel rispetto dei livelli programmati di spesa, incrementata di Euro 3,17 per assistito dal 1 ottobre 2022. L'incremento ulteriore di Euro 3,54 per assistito,

con decorrenza 1 gennaio 2021, come previsto dall'articolo 5, comma 1, tabella A2 del presente Accordo, è finalizzato ad obiettivi di prevenzione e riduzione del rischio di cronicità;

II. quota annua derivante dalle risorse, pari ad Euro 1,54 per assistito, messe a disposizione delle Regioni dall'ACN 8 luglio 2010 quale incremento contrattuale, come disciplinato dall'articolo 6 del citato Accordo. Tale quota è per ciascun anno preventivamente decurtata delle risorse necessarie al finanziamento disposto ai sensi dell'articolo 10, comma 4 e dell'articolo 29, comma 7 del presente Accordo;

III. quota annua derivante dalle risorse, pari ad Euro 0,25 per assistito, messe a disposizione delle Regioni ai sensi degli articoli 4 e 5 dell'ACN 8 luglio 2010.

Le risorse della quota variabile di cui alla presenta lettera sono ripartite tra le AFT in ragione degli obiettivi assegnati ed in coerenza con la numerosità della popolazione assistita, la gravosità delle patologie croniche per le quali viene garantita la presa in carico e l'attuazione del Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (P.N.P.V.).

Nell'ambito degli Accordi Integrativi Regionali vengono definite le modalità per la corresponsione della quota variabile in ragione dei risultati raggiunti dalla AFT di appartenenza in relazione agli obiettivi assegnati, facendo riferimento a specifici indicatori.

C. QUOTA PER SERVIZI

I. quota per prestazioni aggiuntive di cui all'Allegato 7;

II. quota per assistenza domiciliare, integrata e programmata, a bambini con patologia cronica di cui all'Allegato 8;

III. quota per assistenza ambulatoriale programmata a bambini con patologia cronica di cui all'Allegato 9.

È demandata agli AAIIRR la definizione delle ulteriori quote variabili per servizi non definite dagli Allegati 7, 8 e 9.

L'entità complessiva della spesa per compensi riferiti alle prestazioni di cui ai punti II e III della presente lettera viene definita annualmente dalla programmazione regionale.

D. QUOTA DEL FONDO AZIENDALE DEI FATTORI PRODUTTIVI

I. Alla istituzione della AFT, come previsto dall'articolo 8, comma 2, le indennità e gli incentivi del fondo di cui all'articolo 45 dell'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i. per lo sviluppo strutturale ed organizzativo dell'attività dei pediatri di libera scelta, ad eccezione della quota di cui alla precedente lettera B, punto I, costituiscono il fondo aziendale dei fattori produttivi.

II. Costituiscono tale fondo i compensi per attività in forma associativa e le indennità per la funzione informativo-informatica, l'impiego di collaboratore di studio e di personale infermieristico, come determinati dall'articolo 58, lettera B dell'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i. già erogati ai pediatri componenti della AFT alla data di costituzione del fondo stesso. Il valore complessivo del fondo include anche gli oneri previdenziali a carico dell'Azienda.

III. Le risorse di tale fondo sono utilizzate prioritariamente per salvaguardare il trattamento economico individuale dei pediatri che percepiscono gli incentivi e le indennità di cui al

punto II, purché risulti assicurato e mantenuto lo standard strutturale, strumentale ed organizzativo già realizzato e condivisa la partecipazione al nuovo assetto assistenziale in integrazione con gli altri pediatri. Il trattamento economico individuale, determinato alla data di costituzione del fondo di cui al punto II, è modificato in relazione all'aumento di assistiti in carico nei limiti di consistenza del fondo.

IV. Le risorse corrisposte in funzione del numero degli assistiti in carico sono ridotte in relazione alla diminuzione del carico assistenziale, secondo il sistema di calcolo ai sensi dell'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i. e confluiscono nel fondo aziendale dei fattori produttivi.

V. La modifica dello standard organizzativo riferito alle preesistenti forme associative, la cessazione del rapporto di lavoro con il personale di studio, regolamentati sia a livello nazionale che regionale, comportano la sospensione delle relative indennità corrisposte, che restano a disposizione del fondo aziendale dei fattori produttivi.

VI. In caso di cessazione del rapporto convenzionale di pediatri di libera scelta componenti le AFT, le eventuali indennità corrisposte in relazione ai fattori produttivi confluiscono nel fondo aziendale dei fattori produttivi. Le previgenti indennità informatiche sono riservate al finanziamento dei fattori produttivi di medesima destinazione a favore dei pediatri di libera scelta che entrano nelle AFT. Le indennità corrisposte per il personale di studio restano a disposizione per il finanziamento dei fattori produttivi destinati alle medesime finalità. Le previgenti indennità per la partecipazione a forme associative restano a disposizione per il finanziamento dei modelli organizzativi definiti dalla Regione per qualificare l'offerta assistenziale in funzione delle specificità territoriali.

VII. Gli Accordi Integrativi Regionali possono stabilire diversi criteri di destinazione delle risorse di cui ai commi precedenti.

VIII. Al termine dell'esercizio le eventuali risorse del fondo aziendale dei fattori produttivi che residuano confluiscono annualmente nei fondi per l'effettuazione di specifici programmi di attività finalizzate al governo clinico di cui al comma 1, lettera B, punto I.

E. QUOTA PER ULTERIORI ATTIVITÀ E PRESTAZIONI

1. Gli accordi regionali possono prevedere eventuali quote per attività e compiti per l'esercizio di funzioni proprie di livelli essenziali di assistenza diversi dalle cure primarie ed a queste complementari, nonché per lo svolgimento dell'attività in zone identificate dalle Regioni come disagiatissime o disagiate.
2. Le eventuali integrazioni già stabilite con Accordi Integrativi Regionali sono negoziate a livello regionale nel rispetto delle finalità previste dall'articolo 3, comma 4 del presente Accordo.
3. Tutti i compensi erogati in base agli assistiti in carico sono corrisposti nei limiti di cui all'articolo 36.
4. Le quote capitarie di cui al comma 1, lettera A), sono corrisposte mensilmente in dodicesimi entro la fine del mese successivo a quello di competenza; i restanti compensi sono corrisposti mensilmente entro il secondo mese successivo a quello di competenza.

ART. 45 – CONTRIBUTI PREVIDENZIALI.

1. La quota parte a carico dell'Azienda Sanitaria del contributo previdenziale in favore del competente Fondo di previdenza è pari al 9,375% di tutti i compensi previsti dal presente Accordo, ivi inclusi quelli derivanti dagli Accordi regionali o aziendali per i pediatri di libera scelta.
2. L'aliquota previdenziale a carico dei pediatri di libera scelta è stabilita dall'ENPAM, a norma dell'articolo 1, comma 763 della Legge 27 dicembre 2006, n. 296.
3. Ferma restando la quota di contributo a carico dell'Azienda, i pediatri di libera scelta possono optare per l'incremento dell'aliquota contributiva a proprio carico di un punto intero percentuale fino ad un massimo di cinque punti. Tale scelta si esercita al massimo una volta all'anno entro il 31 gennaio. L'aliquota resta confermata negli anni successivi in assenza di comunicazione di variazione da effettuarsi eventualmente entro la stessa data.
4. I contributi devono essere versati all'ENPAM trimestralmente, con l'indicazione dei pediatri a cui si riferiscono e della base imponibile su cui sono calcolati, entro 30 giorni successivi alla scadenza del trimestre.

ART. 46 – ATTIVITÀ TERRITORIALI PROGRAMMATE.

1. L'Azienda, sentito il Comitato aziendale, può attribuire attività a tempo determinato, non superiori ad un anno, espressamente rinnovabili, per lo svolgimento di attività di prevenzione e profilassi a livello di comunità, indagini epidemiologiche ed educazione sanitaria.

   Il servizio può essere attivato anche per coordinamento di progetti distrettuali per la pediatria di libera scelta, coordinamento di studi epidemiologici, collaborazione per le attività limitate al settore delle attività pediatriche, direzione di dipartimenti materno-infantili, oltre che per far fronte a carenze di assistenza pediatrica.

2. L'attività può essere affidata a:

   a) pediatri inseriti negli elenchi di scelta dell'Azienda;

   b) pediatri inseriti nella graduatoria aziendale di disponibilità di cui all'articolo 19, comma 7.

3. È demandata alla contrattazione regionale la definizione dei contenuti e delle modalità di attuazione delle attività di cui al presente articolo.

NORME FINALI

Norma finale n. 1

In deroga al disposto dell'articolo 20, comma 1, lettera e) sono fatti salvi gli incarichi concomitanti di pediatra di libera scelta e di specialista ambulatoriale convenzionato di pediatria già esistenti alla data del 15 dicembre 2005.

Norma finale n. 2

Il fondo di cui all'articolo 44, comma 2, lettera D, qualora utilizzato per la organizzazione dello studio medico, deve prevedere l'applicazione del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (CCNL) specifico per le figure professionali utilizzate di cui al all'articolo 44, comma 2, lettera D, punto II.

Norma finale n. 3

Le Aziende Sanitarie ed i pediatri di libera scelta attuano, per quanto di competenza, le disposizioni di cui alla L. 8 marzo 2017, n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie".

Norma finale n. 4

L'Azienda annualmente richiede ai pediatri di libera scelta titolari di incarico a tempo indeterminato ai sensi del presente Accordo un'autocertificazione informativa attestante la propria situazione soggettiva professionale, con particolare riferimento alle notizie aventi riflesso sulle incompatibilità, la libera professione e le limitazioni del massimale.

Norma finale n. 5

Per i pediatri di libera scelta che già svolgono attività libero-professionale strutturata o che ne comunicano l'avvio entro i termini di cui all'articolo 30, comma 1, si applica quanto previsto dall'articolo 27 dell'ACN 28 aprile 2022.

NORME TRANSITORIE

Norma transitoria n. 1

I compensi e le indennità di cui all'articolo 44, comma 1, lettera D, punto II, sono riconosciuti nella misura e secondo i criteri di cui all'articolo 59, lettera B dell'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i. fino alla costituzione del fondo aziendale dei fattori produttivi.

Norma transitoria n. 2

1. Ai sensi dell'articolo 4, comma 9-octiesdecies, del decreto-legge n. 198 del 29 dicembre 2022, convertito, con modificazioni, dalla Legge n. 14 del 24 febbraio 2023, in deroga ai limiti previsti dall'articolo 23, comma 1, lettera b) del presente Accordo, le Aziende possono trattenere in servizio i pediatri di libera scelta, a richiesta degli interessati e fino al compimento del settantaduesimo anno d'età.
2. Il pediatra interessato, entro 180 (centottanta) giorni antecedenti il compimento del settantesimo anno d'età, inoltra via PEC all'Azienda di competenza apposita richiesta.
3. L'Azienda, a conclusione delle procedure di assegnazione di cui al presente Accordo, in assenza di pediatri collocabili, può accettare la richiesta di cui al comma precedente.
4. La permanenza in servizio del pediatra di cui al comma 2 potrà essere consentita fino all'inserimento di titolare a tempo indeterminato, in conseguenza della reiterazione delle procedure di assegnazione ed in caso di permanente assenza di pediatri disponibili, fermo restando il limite massimo del compimento del settantaduesimo anno d'età.
5. In considerazione della carenza di pediatri disponibili allo svolgimento di sostituzioni ed in coerenza con quanto previsto dal precedente comma 1, in deroga all'articolo 20, comma 1, lettera k) del presente Accordo, ai pediatri già titolari di convenzione all'atto del pensionamento è consentito effettuare sostituzioni fino al compimento del settantaduesimo anno d'età, su nomina del pediatra titolare e per un massimo di 30 (trenta) giorni, come previsto dall'articolo 34, comma 8, del presente Accordo, salvo diverse disposizioni di legge.

Norma transitoria n. 3

Per l'anno 2024 per l'assegnazione degli incarichi continuano ad applicarsi le disposizioni di cui all'articolo 36 e le procedure di cui all'articolo 32 dell'ACN 28 aprile 2022.

Norma transitoria n. 4

Le disposizioni di cui all'articolo "39 – Revoche d'ufficio" del presente Accordo potranno subire modifiche a seguito dell'istituzione dell'Anagrafe Nazionale degli Assistiti di cui all'articolo 62-ter del D.Lgs. 7 marzo 2005, n. 82 e di quanto previsto dal D.P.C.M. 1 giugno 2022. In merito viene sentito il Tavolo di consultazione nazionale di cui all'articolo 7.

DICHIARAZIONI A VERBALE

Dichiarazione a verbale n. 1

Il terminale associativo è una struttura sindacale dotata del potere di rappresentanza della sigla a livello negoziale di riferimento (nazionale, regionale, aziendale). Si estrinseca nella sussistenza di una struttura organizzativa caratterizzata da una pluralità di componenti, operanti per ciascun livello negoziale ed eletti nel principio di democraticità interno quali rappresentanti di un'unica Organizzazione Sindacale accreditata presso le amministrazioni di riferimento.

Dichiarazione a verbale n. 2

L'attività del pediatra di libera scelta, ancorché si avvalga delle prestazioni di collaboratore di studio, non possiede le caratteristiche di autonoma organizzazione in quanto è sottoposta ad una serie di vincoli convenzionalmente previsti:

- obbligatorietà di presenza settimanale in numero minimo di ore giornaliere di apertura del proprio studio;

- prescrizioni e controlli circa i requisiti dei locali adibiti ad esercizio dell'attività e della strumentazione in dotazione;

- limiti di anzianità per l'esercizio dell'attività;

- monitoraggio e verifiche continue dell'attività convenzionata;

- controlli della prescrizione con l'obbligo di adesione alle deliberazioni regionali ed aziendali circa l'indirizzo dell'attività.

Dichiarazione a verbale n. 3

Le parti ribadiscono, come già evidente dalla natura dell'istituto e dalle clausole negoziali in cui è introdotto (articolo 31), che l'Anticipo della Prestazione Previdenziale (APP) di cui all'Allegato n. 5 consegue alla valutazione, da parte dell'Azienda, del fabbisogno di pediatri e del rapporto ottimale nell'ambito di riferimento. Come tutte le procedure di assegnazione di incarichi occorre persista la carenza dell'ambito qualora, all'atto dell'avvio della procedura stessa, il titolare cessasse dal proprio incarico.

Dichiarazione a verbale n. 4

Le parti ribadiscono la validità di quanto previsto all'articolo 3 dell'ACN 30 ottobre 2020.

ALLEGATI

ALLEGATO 1 – ASSISTENZA PROATTIVA.

1. Il pediatra di libera scelta riveste un ruolo preminente nella tutela della salute dei soggetti fragili, in particolare del bambino, dell'adolescente e dei soggetti affetti da patologie croniche e disabilità. Tali condizioni presuppongono la definizione, in ambito territoriale, di percorsi, modalità di integrazione ed interazione dei professionisti oltre ad uno stretto legame con le strutture sociali.

2. L'assistenza proattiva è assicurata dal pediatra di libera scelta sulla base di una presa in carico del bambino che preveda attività educative e clinico assistenziali, anche nei confronti dei genitori (promozione dell'attività fisica e sportiva, rispetto delle norme di sicurezza per il trasporto dei bambini, ecc...), volte alla adozione di corretti stili di vita, alla partecipazione alla realizzazione del Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (P.N.P.V.) vigente ed alla diagnosi precoce.

3. L'attività assistenziale è assicurata individualmente dal pediatra di libera scelta coadiuvato anche dal personale di studio, nonché in forma partecipata con gli altri pediatri della AFT. Nell'ambito del regolamento di AFT possono essere individuati pediatri "esperti" in specifici ambiti clinici, che possano svolgere un ruolo di interfaccia con i colleghi della AFT al fine di favorire il loro sviluppo di competenze e conoscenze in quel determinato ambito ed anche in grado di svolgere un ruolo da *"first opinion"* relativamente alla clinica ed alla diagnostica di primo livello.

4. Il pediatra di libera scelta partecipa alla costituzione del *team* multiprofessionale con i professionisti della UCCP di riferimento individuati nel piano di cura per la gestione del caso.

ALLEGATO 2 – PROCEDURE TECNICHE PER LA RILEVAZIONE DELLE ORE DI DISPONIBILITÀ SINDACALE

APPLICAZIONE PER LA RILEVAZIONE DELLE ORE DI DISPONIBILITÀ SINDACALE – PEDIATRI DI LIBERA SCELTA –

I criteri e le modalità per la comunicazione delle ore di disponibilità da parte delle Organizzazioni Sindacali operanti nell'area del convenzionamento con il Servizio Sanitario Nazionale sono disciplinati dall'articolo 16 del presente Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i pediatri di libera scelta.

Il sistema di rilevazione è finalizzato a facilitare la compilazione, ridurre il rischio di errori materiali ed agevolare le fasi di acquisizione ed elaborazione dei dati, garantendo la certificazione dei dati trasmessi e rilevati, con prova documentale di quanto trasmesso, in caso di eventuali contestazioni.

Al 1° gennaio di ciascun anno la SISAC rende disponibile sul sistema informatizzato ad accesso riservato il monte orario annuo complessivo e quello relativo a ciascuna O.S. Tale monte orario è determinato applicando il criterio di cui all'articolo 16, comma 1 (numero di deleghe degli iscritti derivanti dalla rilevazione certificata ai sensi dell'articolo 15, comma 4 dell'ACN moltiplicato per 6 ore annue).

Le Aziende acquisiscono annualmente, tramite le procedure informatizzate messe a disposizione dalla SISAC, i nominativi dei rappresentanti sindacali che, per ciascuna sigla rappresentativa e firmataria dell'ACN, fruiranno di ore di disponibilità, secondo quanto previsto dall'articolo 16, comma 2.

A tale scopo il legale rappresentante di ciascuna Organizzazione Sindacale (livello nazionale) provvede a registrare sull'applicazione informatizzata disposta dalla SISAC l'anagrafica di tutti i rappresentanti della propria O.S. sull'intero territorio nazionale che saranno destinatari di ore di disponibilità sindacale e a richiedere, per ciascuno di essi, l'assegnazione di ore fino al livello massimo consentito (monte ore). Alternativamente, il legale rappresentante nazionale del sindacato può delegare ai rappresentanti sindacali regionali (livello regionale) il compito di creare, tramite la medesima procedura informatizzata, anagrafiche di ambito regionale, trasferendo contestualmente a loro tutto o parte del monte ore nazionale fruibile. Analogamente, i legali rappresentanti sindacali regionali possono decidere di delegare ulteriormente tale compito, nel limite delle ore assegnate dal livello regionale, determinando, tramite il medesimo sistema informatizzato, anagrafiche aziendali con affidamento delle ore di disponibilità in favore dei rappresentanti sindacali (livello aziendale).

Tramite l'applicativo informatizzato la SISAC provvede a ratificare le richieste provenienti da tutti i livelli sindacali (nazionale, regionale, aziendale), ed a trasmettere le comunicazioni di competenza. Le Regioni e le Aziende prendono atto delle assegnazioni disposte dalle OO.SS. in favore di pediatri operanti localmente al fine del riconoscimento delle ore di disponibilità sindacale.

In corso d'anno il legale rappresentante nazionale del sindacato, ovvero del livello regionale o aziendale se autorizzati, per la parte di competenza, ha la possibilità di procedere alla variazione, in positivo o in negativo, di una assegnazione di ore precedentemente effettuata e alla eventuale cancellazione, a qualsiasi titolo, di un nominativo dall'anagrafica, con il corrispondente recupero delle ore già attribuite ma non utilizzate.

Ad ogni inserimento, modifica, ratifica o presa visione delle ore di disponibilità sindacale il sistema genera una certificazione trasmessa a mezzo PEC contemporaneamente alla O.S. operante, alla SISAC, alla Regione ed alla Azienda di appartenenza del rappresentante sindacale.

ALLEGATO 3 – ACCORDO NAZIONALE PER LA REGOLAMENTAZIONE DEL DIRITTO DI SCIOPERO NELL'AREA DELLA PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA.

ART. 1

CAMPO DI APPLICAZIONE E FINALITÀ

1. Il presente Accordo è applicato a tutti i pediatri di libera scelta in rapporto di convenzionamento con il S.S.N. operanti secondo le previsioni del vigente ACN.

2. Le clausole del presente Accordo attuano le disposizioni contenute nella Legge 12 giugno 1990, n. 146, come modificata ed integrata dalla Legge 11 aprile 2000, n. 83 e successive modificazioni ed integrazioni, in caso di sciopero nei servizi pubblici essenziali, indicando i livelli minimi essenziali di assistenza sanitaria territoriale e fissando i criteri per la determinazione dei contingenti di personale convenzionato tenuti a garantirli. Per quanto non espressamente previsto dal presente Accordo si intendono applicate le disposizioni di legge di cui al presente comma.

3. Il presente Accordo indica tempi e modalità per l'espletamento delle procedure di conciliazione e di raffreddamento.

4. Le clausole del presente Accordo si applicano alle azioni sindacali relative alle politiche sindacali di riforma, rivendicative e contrattuali, sia a livello nazionale che decentrato. Tutte le disposizioni in tema di preavviso e di durata non si applicano nelle vertenze relative alla difesa dei valori e dell'ordine costituzionale, per gravi eventi lesivi dell'incolumità e della sicurezza dei lavoratori.

ART. 2

SERVIZI PUBBLICI ESSENZIALI

1. Ai sensi degli articoli 1 e 2 della Legge 12 giugno 1990, n. 146 come modificata dagli articoli 1 e 2 della Legge 11 aprile 2000, n. 83, le prestazioni indispensabili di assistenza pediatrica da considerare essenziali nella presente area negoziale, per assicurare il rispetto dei valori e dei diritti costituzionalmente tutelati, sono le seguenti: visite domiciliari non differibili, assistenza domiciliare integrata, assistenza domiciliare programmata a malati terminali, nonché le ulteriori prestazioni definite nell'ambito degli Accordi regionali.

2. Le prestazioni minime indispensabili vengono erogate da ciascun pediatra convenzionato in riferimento ai propri assistiti in carico.

ART. 3

MODALITÀ DI EFFETTUAZIONE DEGLI SCIOPERI

1. Le rappresentanze sindacali che proclamano azioni di sciopero che coinvolgono i servizi di cui all'articolo 2 sono tenute a darne comunicazione alle Aziende ed enti interessati con un preavviso non inferiore a 10 giorni precisando, in particolare, la durata dell'astensione dal

lavoro. In caso di revoca spontanea di uno sciopero indetto in precedenza, le rappresentanze sindacali devono darne comunicazione alle predette amministrazioni almeno 5 giorni prima.

2. Le rappresentanze sindacali che proclamano sciopero, a prescindere dall'ambito territoriale di proclamazione dello stesso, informano con la stessa tempistica di cui al precedente comma la "Commissione di Garanzia per l'attuazione della legge sullo sciopero nei servizi pubblici essenziali".

3. La proclamazione degli scioperi relativi a vertenze nazionali vanno comunicati: al Ministero della Salute, al Ministero degli Interni, alla Presidenza della Conferenza delle Regioni e a tutti i Presidenti di Regione e i Presidenti delle Province Autonome di Trento e Bolzano; la proclamazione di scioperi relativi a vertenze in ambiti regionali vanno comunicati al Presidente della Regione o della Provincia Autonoma, all'Assessore alla Sanità, a tutti i Prefetti delle province della Regione; la proclamazione di scioperi relativi a vertenze a livello di Azienda va comunicata all'Assessore regionale alla Sanità, al Direttore Generale dell'Azienda e al Prefetto competente per territorio. Nei casi in cui lo sciopero incida su servizi resi all'utenza, le Regioni ed enti interessati sono tenute a trasmettere agli organi di stampa ed alle reti radiotelevisive pubbliche e private di maggiore diffusione nell'area interessata dallo sciopero una comunicazione circa i tempi e le modalità dell'azione di sciopero. Analoga comunicazione viene effettuata dalle stesse amministrazioni anche nell'ipotesi di revoca, sospensione o rinvio dello sciopero, ai sensi dell'articolo 4, comma 8.

4. Le rappresentanze sindacali comunicano alle amministrazioni interessate la durata delle azioni di sciopero come di seguito elencate:

   a) il primo sciopero, per qualsiasi tipo di vertenza, non potrà superare, la durata massima di 2 (due) giorni continuativi. In ogni caso lo sciopero non potrà essere a ridosso di giorni festivi;

   b) gli scioperi successivi al primo per la medesima vertenza non supereranno i 3 (tre) giorni consecutivi. Nel caso in cui dovessero essere previsti a ridosso dei giorni festivi, la loro durata non potrà comunque superare un giorno;

   c) lo sciopero dovrà essere proclamato per almeno una giornata lavorativa;

   d) l'area funzionale minima per proclamare uno sciopero è quella della singola Azienda. Sono altresì escluse forme surrettizie di sciopero quali le assemblee permanenti o forme improprie di astensione dal lavoro;

   e) in caso di scioperi distinti nel tempo, sia della stessa che di altre Organizzazioni Sindacali, incidenti sullo stesso servizio finale e sullo stesso bacino di utenza, l'intervallo minimo tra l'effettuazione di un'azione di sciopero e la proclamazione della successiva è fissato in quarantotto ore, alle quali segue il preavviso di cui al comma 1.

5. Le azioni di sciopero non saranno effettuate:

   - nel mese di agosto;
   - nei cinque giorni che precedono e che seguono consultazioni elettorali europee, nazionali e referendarie;
   - nei cinque giorni che precedono e che seguono consultazioni elettorali regionali, e comunali, per i singoli ambiti;
   - nei giorni dal 23 dicembre al 7 gennaio;

- nei giorni dal giovedì antecedente la Pasqua al martedì successivo.

6. In caso di avvenimenti eccezionali di particolare gravità o di calamità naturali gli scioperi dichiarati si intendono immediatamente sospesi.
7. L'adesione allo sciopero comporta la trattenuta del trattamento economico relativo all'intero periodo di astensione dall'attività convenzionale.
8. La trattenuta prevista dal precedente comma 7 deve essere effettuata dalla Azienda di competenza entro i 90 giorni successivi al termine dello sciopero medesimo.
9. Per l'effettuazione delle prestazioni indispensabili di cui all'articolo 2, in occasione di sciopero della categoria, è riconosciuta ai pediatri di libera scelta una percentuale del compenso previsto per essi dall'articolo 44 dell'ACN per la disciplina dei rapporti con i pediatri di libera scelta, da definire in sede di Accordo Integrativo Regionale.

ART. 4

PROCEDURE DI RAFFREDDAMENTO E CONCILIAZIONE

1. In caso di insorgenza di una controversia sindacale che possa portare alla proclamazione di uno sciopero, vengono espletate le procedure di conciliazione di cui ai commi seguenti.
2. I soggetti incaricati di svolgere le procedure di conciliazione sono:
   a) in caso di conflitto sindacale di rilievo nazionale, il Ministero del Lavoro;
   b) in caso di conflitto di livello regionale, il Prefetto del Capoluogo di Regione;
   c) in caso di conflitto sindacale di Azienda, il Prefetto del Capoluogo di Provincia competente.
3. Nel caso di controversia nazionale, il Ministero del Lavoro, entro un termine di tre giorni lavorativi decorrente dalla comunicazione scritta che chiarisca le motivazioni e gli obiettivi della formale proclamazione dello stato di agitazione e della richiesta della procedura conciliativa, provvede a convocare le parti in controversia, al fine di tentare la conciliazione del conflitto. Il medesimo Ministero può chiedere alle Organizzazioni Sindacali e ai soggetti pubblici coinvolti notizie e chiarimenti per l'utile conduzione del tentativo di conciliazione; il tentativo deve esaurirsi entro l'ulteriore termine di tre giorni lavorativi dalla apertura del confronto, decorso il quale il tentativo si considera comunque espletato ai fini di quanto previsto dall'articolo 2, comma 2, della Legge 12 giugno 1990, n. 146, come modificata dalla Legge 11 aprile 2000, n. 83.
4. Con le stesse procedure e modalità di cui al comma precedente, nel caso di controversie regionali e di Azienda, i soggetti di cui alle lettere b) e c) del comma 2 provvedono alla convocazione delle parti per l'espletamento del tentativo di conciliazione entro un termine di tre giorni lavorativi. Il tentativo deve esaurirsi entro l'ulteriore termine di cinque giorni dall'apertura del confronto.
5. Il tentativo si considera altresì esplicato ove i soggetti di cui al comma 2 non abbiano provveduto a convocare le parti in controversia entro il termine stabilito per la convocazione, che decorre dalla comunicazione scritta della proclamazione dello stato di agitazione.
6. Il periodo della procedura conciliativa di cui al comma 3 ha una durata complessivamente non superiore a sei giorni lavorativi dalla formale proclamazione dello stato di agitazione; quello del comma 4, una durata complessiva non superiore a dieci giorni.

7. Del tentativo di conciliazione di cui al comma 3 viene redatto verbale che, sottoscritto dalle parti, è inviato alla Commissione di Garanzia. Se la conciliazione riesce, il verbale dovrà contenere l'espressa dichiarazione di revoca dello stato di agitazione proclamato che non costituisce forma sleale di azione sindacale ai sensi dell'articolo 2, comma 6, della Legge 12 giugno 1990, n. 146, come modificata dalla Legge 11 aprile 2000, n. 83. In caso di esito negativo, nel verbale dovranno essere indicate le ragioni del mancato accordo e le parti si riterranno libere di procedere secondo le consuete forme sindacali nel rispetto delle vigenti disposizioni legislative e contrattuali.

8. Le revoche, le sospensioni ed i rinvii dello sciopero proclamato non costituiscono forme sleali di azione sindacale, qualora avvengano nei casi previsti dall'articolo 2, comma 6 della Legge 12 giugno 1990, n. 146, come modificata dalla Legge 11 aprile 2000, n. 83, o nel caso di oggettivi elementi di novità nella posizione della controparte datoriale.

9. Fino al completo esaurimento, in tutte le loro fasi, delle procedure sopra individuate, le parti non intraprendono iniziative unilaterali e non possono adire l'autorità giudiziaria sulle materie oggetto della controversia.

10. In caso di proclamazione di una seconda iniziativa di sciopero, nell'ambito della medesima vertenza e da parte del medesimo soggetto, è previsto un periodo di tempo dall'effettuazione o revoca della precedente azione di sciopero entro cui non sussiste obbligo di reiterare la procedura di cui ai commi precedenti. Tale termine è fissato in 120 giorni, esclusi i periodi di franchigia di cui all'articolo 3, comma 5.

ART. 5

COMUNICAZIONI

1. Le Aziende sono tenute a rendere pubblico tempestivamente il numero dei lavoratori che hanno partecipato allo sciopero, la durata dello stesso e la misura delle trattenute effettuate secondo la disciplina vigente.

2. Allo scopo di conciliare il diritto individuale di adesione alla astensione collettiva con le peculiari modalità di organizzazione delle prestazioni di lavoro autonomo dei medici pediatri convenzionati con il S.S.N. ed evitare gravi disagi organizzativi che potrebbero incidere negativamente sull'erogazione delle prestazioni indispensabili, il pediatra di libera scelta è tenuto a comunicare per iscritto alla Azienda la propria adesione allo sciopero entro le 24 ore precedenti nel rispetto delle modalità concordate a livello regionale, fatta eccezione per i pediatri iscritti alla Organizzazione Sindacale che ha proclamato lo sciopero i quali sono tenuti a comunicare entro il medesimo termine l'eventuale non adesione.

ALLEGATO 4 – TITOLI PER LA FORMAZIONE DELLA GRADUATORIA REGIONALE.

1. I titoli valutabili ai fini della formazione della graduatoria sono elencati di seguito con l'indicazione del relativo punteggio:

I. TITOLI ACCADEMICI E DI STUDIO:

a) specializzazione in pediatria o discipline equipollenti ai sensi della tabella B del D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i.,

per ciascuna specializzazione: p. 4,00

b) specializzazione in disciplina affine alla pediatria ai sensi della tabella B del D.M. 31 gennaio 1998 e s.m.i.,

per ciascuna specializzazione: p. 2,00

c) specializzazione in discipline diverse da quelle previste alle lettere a) e b),

per ciascuna specializzazione: p. 0,20

d) conoscenza della lingua inglese documentata dal possesso di certificato non inferiore al livello B2 del Quadro Comune Europeo (QCE):
complessivamente p. 0,50

e) conoscenza dei principali programmi informatici documentata dal possesso della Patente europea per l'utilizzo del PC:
complessivamente p. 0,25

II. TITOLI DI SERVIZIO:

a) attività di specialista pediatra di libera scelta convenzionato ai sensi dell'articolo 48 della Legge 23 dicembre 1978, n. 833, e dell'articolo 8, comma 1, del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, con incarico a tempo indeterminato o provvisorio e per attività di sostituzione, ovvero attività prestata durante il periodo di affiancamento previsto dalla procedura di ricambio generazionale derivante dalla APP, di cui all'Allegato 5 del presente Accordo
per ciascun mese complessivo: p. 1,10

(per l'attività sindacale e le attività di cui all'articolo 46, il mese corrisponde a 96 ore);

b) servizio in forma attiva nella medicina dei servizi o svolto, anche a titolo di sostituzione, nei servizi di guardia medica e di continuità assistenziale, nell'emergenza sanitaria territoriale, di assistenza primaria, attività oraria o a ciclo di scelta di cui al vigente Accordo per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale,

per ogni mese ragguagliato a 96 ore di attività: p. 0,10

c) attività medica nei servizi di assistenza stagionale nelle località turistiche organizzati dalle Regioni o dalle Aziende: per ciascun mese complessivo: p. 0,10

d) servizio militare di leva (o sostitutivo nel servizio civile) svolto dopo il conseguimento del diploma di laurea in medicina,
per ciascun mese: p. 0,05

e) attività di specialista pediatra svolta all'estero ai sensi della Legge 11 agosto 2014, n. 125; della Legge 10 luglio 1960, n. 735 e successive modificazioni, e del decreto ministeriale 1° settembre 1988, n. 430,

per ciascun mese complessivo: p. 0,10

f) attività di specialista pediatra svolta a qualsiasi titolo presso strutture sanitarie pubbliche non espressamente contemplate nei punti che precedono,

per ciascun mese complessivo: p. 0,05

2. Ai fini del calcolo dei punteggi relativi ai titoli di servizio, tutte le frazioni di mese dell'anno sono sommate. L'eventuale residuo superiore a 15 giorni (per l'attività sindacale superiore a 48 ore) è valutato come mese intero. I residui non valutati sono sommati alle integrazioni dei titoli di servizio eventualmente presentati negli anni successivi.

3. I titoli di servizio non sono cumulabili se riferiti ad attività svolte nello stesso periodo. In tal caso è valutato il titolo che comporta il punteggio più alto. Le attività di servizio eventualmente svolte durante la scuola di specializzazione in pediatria o equipollente di cui all'articolo 19, comma 2, lettera c) non sono valutabili. Il punteggio per attività di servizio eventualmente svolto durante le scuole di specializzazione è alternativo a quello riconosciuto al comma 1, punto I, lettere b) e c) del presente Allegato.

4. A parità di punteggio complessivo prevalgono, nell'ordine, anzianità di specializzazione, voto di specializzazione e minore età.

5. Non sono valutabili attività che non siano espressamente previste ed elencate dal presente Allegato.

ALLEGATO 5 – DISPOSIZIONI PER FAVORIRE IL RICAMBIO GENERAZIONALE DEI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA.

ART. 1

PRINCIPI GENERALI

1. Al fine di favorire il ricambio generazionale, il pediatra di libera scelta, in possesso dei requisiti anagrafici e contributivi per percepire la pensione ordinaria, anche anticipata, presso la Fondazione ENPAM e con un minimo di 700 assistiti, può richiedere all'ENPAM l'Anticipo della Prestazione Previdenziale (modulo A)*, di seguito denominata APP, alle condizioni e con le modalità previste del presente Allegato.
2. L'attivazione del predetto istituto è subordinata alla riduzione dell'attività convenzionale da parte del pediatra di cui al comma 1, da un minimo del 30% fino ad un massimo del 70%, a fronte della contestuale attribuzione, con rapporto convenzionale a tempo indeterminato, della corrispondente quota di attività ad un pediatra da incaricare (di seguito "pediatra incaricato APP") inserito nella graduatoria di cui all'articolo 19, comma 1 del presente ACN.
3. Prima dell'avvio della APP e del conferimento dell'incarico a tempo indeterminato, è previsto un periodo di affiancamento obbligatorio, disciplinato dal successivo art. 6.
4. L'incarico a tempo indeterminato ha la medesima decorrenza della APP.

ART. 2

PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI APP

1. Il pediatra che vuole accedere alla APP deve presentare alla Azienda di appartenenza, entro il 31 dicembre, idonea domanda di adesione (modulo B)*. La domanda deve essere corredata dalla certificazione del raggiungimento del requisito per accedere alla pensione di cui all'art. 1, comma 1, rilasciata alla Fondazione ENPAM.
2. La domanda deve riportare i seguenti dati:
   a) età del richiedente;
   b) percentuale di riduzione dell'attività convenzionale: da un minimo del 30% fino ad un massimo del 70%. La scelta ha carattere vincolante per un anno;
   c) numero di assistiti.
3. Il pediatra di cui al comma 1 viene inserito nell'"Elenco APP dei pediatri titolari", di cui al successivo art. 3, che sarà reso pubblico entro il 31 gennaio.

ART. 3

ELENCO APP DEI PEDIATRI TITOLARI

1. Il pediatra inserito nell'Elenco APP (di seguito "pediatra titolare") deve confermare alla Azienda, mediante PEC, entro il 31 dicembre di ogni anno, la volontà di adesione alla procedura di

ricambio generazionale e comunicare l'eventuale modifica della percentuale di riduzione dell'attività di cui all'art. 2, comma 2, lettera b). La modifica ha validità annuale.

2. La revoca in corso d'anno della disponibilità a rimanere nell'Elenco APP deve essere comunicata alla Azienda mediante PEC.

ART. 4

PRESENTAZIONE DOMANDA DEL PEDIATRA DA INCARICARE CON PROCEDURA APP

1. Il pediatra da incaricare di cui all'art. 1, comma 2, del presente Allegato, che vuole accedere alla procedura di ricambio generazionale della APP, presenta all'Assessorato alla Sanità della Regione idonea richiesta (modulo C)* da inviare mediante PEC, entro il termine del 30 aprile.
2. Il pediatra di cui al comma 1 viene inserito nell'"Elenco APP dei pediatri da incaricare", di cui al successivo art. 5, che sarà reso pubblico entro il 31 maggio.

ART. 5

ELENCO APP DEI PEDIATRI DA INCARICARE

1. Ai fini della formazione dell'"Elenco APP dei pediatri da incaricare" si utilizza il punteggio della graduatoria regionale di cui all'articolo 19, comma 1 del presente Accordo.
2. Il pediatra da incaricare già inserito nell'Elenco APP deve confermare all'Assessorato alla Sanità della Regione, mediante PEC, entro il 30 aprile di ogni anno, la volontà di adesione alla procedura di ricambio generazionale. La revoca in corso d'anno della disponibilità a rimanere nell'Elenco APP deve essere comunicata mediante PEC.

ART. 6

DISCIPLINA DEL PERIODO DI AFFIANCAMENTO

1. L'Azienda di competenza del pediatra titolare individua il pediatra da incaricare tra quelli inseriti nell'Elenco APP di cui all'art. 5, secondo l'ordine dello stesso, interpellando prioritariamente i pediatri residenti nell'ambito di iscrizione del pediatra titolare. Nel caso in cui il pediatra da incaricare non sia disponibile, l'Azienda individua un nuovo pediatra secondo lo stesso criterio.
2. Il periodo di affiancamento ha una durata di 60 giorni di servizio effettivo. Durante questo periodo entrambi i pediatri svolgono congiuntamente l'attività convenzionale nei confronti degli assistiti.
3. Durante il periodo di affiancamento entrambi i pediatri sono sospesi dagli Elenchi APP di appartenenza. Il pediatra da incaricare resta inserito nella graduatoria regionale di cui all'articolo 19, comma 1 del presente Accordo.
4. Al termine del periodo di affiancamento, le parti manifestano congiuntamente la volontà all'avvio della APP (modulo D)*, nel quale:

- il pediatra titolare si impegna irrevocabilmente a ridurre la propria attività convenzionale nella misura di cui all'art. 2, comma 2, lettera b) al fine di beneficiare dell'APP. Dichiara inoltre di aver presentato domanda di APP alla Fondazione ENPAM;
- il pediatra da incaricare si impegna irrevocabilmente a svolgere la quota dell'attività convenzionale resasi disponibile a seguito della riduzione operata dal pediatra titolare;
- entrambi i pediatri dichiarano che regolamenteranno fra loro la ripartizione degli oneri e/o spese inerenti l'attività convenzionale, sollevando la Azienda da qualsivoglia responsabilità al riguardo.

5. La manifestazione di volontà deve essere inviata, a pena di decadenza, entro 15 giorni dalla fine del periodo di affiancamento, mediante PEC, all'Assessorato alla Sanità della Regione, alla Azienda di competenza e alla Fondazione ENPAM.
6. In mancanza di tale manifestazione di volontà, entrambi i pediatri restano sospesi dagli Elenchi APP e non possono accedere ad un nuovo periodo di affiancamento per 120 giorni dallo scadere del termine di cui al precedente comma 5.
7. Il pediatra titolare può effettuare al massimo tre periodi di affiancamento. Nel caso in cui anche al termine del terzo periodo di affiancamento non sia stata manifestata la volontà di avviare l'APP, di cui al precedente comma 4, il pediatra titolare decade dall'Elenco APP e può accedere nuovamente alla procedura di ricambio generazionale trascorsi due anni dal termine del terzo periodo di affiancamento.
8. Durante il periodo di affiancamento:
   - in caso di malattia il pediatra titolare può nominare come sostituto il pediatra da incaricare;
   - in caso di decesso del pediatra titolare, il pediatra da incaricare può proseguire l'attività nei confronti degli assistiti del pediatra deceduto fino a un massimo di 60 giorni;
   - in caso di cessazione/rinuncia per qualsiasi motivo da parte del pediatra l'Azienda individua un nuovo pediatra da incaricare avviando la procedura di cui al comma 1 del presente articolo, con nuova decorrenza del periodo di affiancamento.
9. Durante il periodo di affiancamento il trattamento economico spettante al pediatra da incaricare è a carico del pediatra titolare ed è calcolato nella misura del 30% del compenso della quota capitaria del presente ACN. Ai pediatri da incaricare spettano i compensi per le prestazioni eseguite nel periodo di affiancamento relativi alle quote variabili per compensi/servizi calcolati in base al tipo ed ai volumi di prestazioni concordate a livello regionale ed aziendale.

ART. 7

ANTICIPO DELLA PRESTAZIONE PREVIDENZIALE (APP)

1. A seguito della manifestazione di volontà, di cui all'art. 6, comma 4, la Fondazione ENPAM, previa presentazione della domanda di APP, provvede ad erogare la prestazione al pediatra titolare.

ART. 8

TRATTAMENTO ECONOMICO DEL PEDIATRA TITOLARE

1. I compensi a qualunque titolo dovuti per l'attività convenzionale al pediatra titolare che accede alla APP sono diminuiti in misura pari alla percentuale di riduzione dell'attività di cui all'art. 2, comma 2, lett. b).

ART. 9

INSTAURAZIONE DEL RAPPORTO CONVENZIONALE DEL PEDIATRA INCARICATO APP

1. A seguito della manifestazione di volontà di cui all'art. 6, comma 4, viene instaurato il rapporto convenzionale con il pediatra da incaricare mediante conferimento di incarico a tempo indeterminato.
2. L'incarico di cui al comma 1 comporta l'obbligo di svolgere la quota percentuale di attività resasi disponibile a seguito della riduzione operata dal pediatra titolare.
3. All'atto del pensionamento definitivo del pediatra titolare ovvero della cessazione del rapporto per qualsiasi causa di entrambi i pediatri, cessano gli obblighi di cui al precedente comma 2.
4. Il pediatra incaricato APP di cui al presente articolo non può concorrere per trasferimento all'assegnazione di incarichi per la copertura di ambiti territoriali carenti. In caso di rinuncia o cessazione per qualsiasi ragione dall'incarico APP, il pediatra può accedere nuovamente alla procedura trascorsi due anni dalla cessazione dell'incarico APP.

ART. 10

TRATTAMENTO ECONOMICO DEL PEDIATRA INCARICATO APP

1. Al pediatra incaricato APP spetta la quota dei compensi a qualunque titolo dovuti per l'attività convenzionale al pediatra titolare, pari alla percentuale di riduzione dell'attività di cui all'art. 2, comma 2, lett. b).

ART. 11

SOSPENSIONE E CESSAZIONE DELL'ATTIVITÀ CONVENZIONALE - SOSTITUZIONI

1. Nei casi di sospensione dall'attività convenzionale di cui all'articolo 21 del presente ACN, fermo restando l'obbligo di sostituzione previsto dal presente Accordo, è data facoltà al pediatra titolare e al pediatra incaricato APP di nominarsi reciprocamente quale pediatra sostituto. I rapporti economici fra pediatra sostituto e pediatra sostituito sono regolati ai sensi dell'articolo 34 del presente Accordo.
2. In caso di cessazione dal rapporto convenzionale del pediatra incaricato APP, nelle more dell'attivazione di una nuova procedura APP, l'Azienda provvede a designare il sostituto avvalendosi delle graduatorie aziendali di disponibilità di cui all'articolo 19, comma 7 del

presente Accordo. Il compenso spettante al sostituto del pediatra incaricato APP è quello previsto dall'art. 10 del presente Allegato.

ART. 12

NORMA FINALE

1. Per quanto non espressamente disciplinato, si applicano le disposizioni del presente ACN.

***Il modulo A di cui al presente Allegato è** predisposto e pubblicato a cura dell'ENPAM. I moduli B, C e D sono pubblicati sul sito *web* della SISAC (https://www.sisac.info).

ALLEGATO 6 – CODICE DI COMPORTAMENTO DEI PEDIATRI DI LIBERA SCELTA.

1. Il pediatra di libera scelta, tenuto conto della necessità di garantire la migliore qualità del servizio, nello svolgimento della propria attività deve, in particolare:

   a) mantenere nei rapporti interpersonali con gli utenti e terzi un comportamento adeguato al proprio ruolo ed una condotta informata a principi di correttezza e rispetto ed astenersi da comportamenti lesivi della dignità della persona;

   b) assicurare lo svolgimento dei propri compiti nel rispetto della normativa contrattuale, della legislazione vigente e, per quanto di pertinenza, dei programmi di attività concordati con l'Azienda Sanitaria;

   c) assicurare l'attività nel rispetto delle funzioni e del regolamento organizzativo della AFT o UCCP;

   d) astenersi dal partecipare, nell'espletamento delle proprie funzioni, all'adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere direttamente o indirettamente interessi personali propri, del coniuge, dei parenti e degli affini entro il secondo grado e dei conviventi;

   e) astenersi dal chiedere pagamenti non dovuti per prestazioni rese ai propri assistiti o agli utenti, o accettare omaggi o altre utilità per sé o per i propri familiari, se non nei limiti delle normali relazioni di cortesia e salvo quelli d'uso, purché di modico valore;

   f) astenersi dal generare condizioni causa d'incompatibilità;

   g) rispettare le norme di legge e le disposizioni contrattuali in materia di esercizio dell'attività libero professionale;

   h) applicare le disposizioni vigenti in materia di attestazione di malattia e di certificazione per l'astensione dal lavoro per malattia del figlio;

   i) assicurare il rispetto delle norme vigenti in materia di segreto d'ufficio, riservatezza e protezione dei dati personali;

   j) non utilizzare a fini privati le informazioni di cui disponga per ragioni d'ufficio;

   k) non utilizzare beni e strumenti dell'Azienda, preordinati all'espletamento dell'attività istituzionale, per finalità private o diverse da quelle previste;

   l) avere cura dei locali o altri beni strumentali affidati dall'Azienda in ragione dell'attività prestata.

ALLEGATO 7 – PRESTAZIONI AGGIUNTIVE.

1. Le prestazioni aggiuntive eseguibili dai pediatri sono quelle elencate nel nomenclatore tariffario del presente Allegato.
2. Salvo che sia diversamente previsto dal nomenclatore-tariffario, le prestazioni sono eseguite nello studio professionale del pediatra di libera scelta o a domicilio dell'utente a seconda delle condizioni di salute del paziente.
3. Per l'esecuzione delle prestazioni di cui al comma 1) lo studio professionale del pediatra deve essere adeguatamente attrezzato; fermo restando il potere-dovere dell'Azienda di esercitare i previsti controlli sull'idoneità dello studio professionale, il pediatra è tenuto a rilasciare apposita dichiarazione scritta indicante le prestazioni per la effettuazione delle quali il proprio studio è dotato delle corrispondenti necessarie attrezzature.
4. Ai fini del pagamento dei compensi per le prestazioni aggiuntive il pediatra è tenuto ad inviare entro il giorno 15 di ciascun mese il riepilogo delle prestazioni eseguite nel corso del mese precedente. Per ciascuna prestazione, la distinta deve indicare data di effettuazione, nome, cognome, e codice fiscale dell'assistito, fatte salve diverse modalità adottate a livello aziendale.
5. Se la prestazione aggiuntiva è eseguita previa autorizzazione sanitaria dell'Azienda, la distinta deve riportare i dati dell'autorizzazione.
6. Al pediatra spettano i compensi omnicomprensivi indicati nel nomenclatore-tariffario. Nessun onere a qualsiasi titolo può far carico all'assistito. I compensi per le prestazioni aggiuntive sono corrisposti entro il secondo mese successivo a quello dell'invio della distinta di cui al punto 4).

NOMENCLATORE TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI PROFESSIONALI AGGIUNTIVE

A) PRESTAZIONI ESEGUIBILI SENZA AUTORIZZAZIONE

1. Sutura di ferita superficiale	3,36
2. Rimozione di punti di sutura e medicazione	12,34
3. Fleboclisi (unica: eseguibile in caso di intervento di urgenza)	12,34
4. Tamponamento nasale anteriore	5,63
5. Rimozione tappo di cerume	7,18
6. Rimozione di corpo estraneo	7,18
7. Prima medicazione (*)	12,34
8. Medicazioni successive	6,15
9. Toilette di perionichia supporata	12,34
10. Riduzione della pronazione dolorosa dell'ulna	10,23

11. Riduzione della sublussazione articolare scapolo-omerale	15,91
12. Terapia iniettoria desensibilizzante (per seduta)	9,24
13. Asportazione di verruche	8,68
14. Iniezione endovenosa	6,15
15. Trattamento provvisorio di frattura o lussazione mediante immobilizzazione con materiale idoneo	
- piccoli segmenti	12,96
- grandi segmenti	17,25
16. Frenulectomia linguale	14,67
17. Cateterismo vescicale	9,09
18. Drenaggio di ascesso sottocutaneo	37,18

PRESTAZIONI ESEGUIBILI CON AUTORIZZAZIONE SANITARIA

19. Boel test	21,43
20. Screening per l'ambliopia	21,43

(*) per la prima medicazione va intesa quella eseguita su ferita non precedentemente medicata. In caso di sutura si aggiunge la relativa tariffa.

B) VACCINAZIONI

Nell'ambito di programmi vaccinali, secondo il modello organizzativo regionale di cui all'articolo 4, comma 1, lettera b).

C) PRESTAZIONI DI TIPO DIAGNOSTICO ESEGUIBILI NELL'AMBITO DI ACCORDI REGIONALI

Gli accordi regionali possono prevedere lo svolgimento, da parte del pediatra di prestazioni aggiuntive retribuite, sia singole per il chiarimento del quesito diagnostico od il monitoraggio delle patologie, che programmate, nell'ambito di un progetto volto all'attuazione di linee guida o di processi assistenziali o di quant'altro venga concordato.

ALLEGATO 8 – ASSISTENZA DOMICILIARE AI BAMBINI CON PATOLOGIA CRONICA.

ART. 1

DEFINIZIONE

1. L'assistenza ai bambini con patologia cronica è costituita da un complesso di prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative, socio-assistenziali, rese al domicilio del bambino e orientate in maniera da poter garantire il raggiungimento di specifici obiettivi di benessere, secondo piani di assistenza individualizzati, definiti anche con la partecipazione di più figure professionali.

   Consente altresì di garantire un effettivo supporto alle famiglie, attraverso interventi di natura assistenziale mirate anche ad evitare il ricovero del bambino o la sua istituzionalizzazione. Consente infine una presa in carico globale del paziente da parte dei servizi territoriali, attraverso la definizione di percorsi di cura e assistenza concordati con le Unità Operative Aziendali e mirati al superamento dei momenti critici per il bambino e per la famiglia.

2. L'assistenza domiciliare a bambini con patologia cronica (ADI; ADP) è svolta assicurando al domicilio del paziente, con le modalità e le cadenze temporali definite nel programma concordato con il Responsabile di Distretto:

   - ✓ il monitoraggio dello stato di salute dell'assistito con particolare riferimento alla diagnosi precoce dei possibili eventi invalidanti correlati con la specifica patologia cronica;
   - ✓ il controllo dello sviluppo psicofisico del bambino;
   - ✓ la predisposizione ed attivazione di programmi individuali con carattere di prevenzione o di riabilitazione e loro verifica periodica;
   - ✓ le indicazioni ai familiari circa eventuali trattamenti dietetici, particolari bisogni diagnostici e specifici programmi terapeutici;
   - ✓ l'attivazione di un sistema di rilevazione che consenta la realizzazione di registri specifici per patologie in modo da fornire dati oggettivi circa l'impatto epidemiologico della patologia nello specifico territorio;
   - ✓ l'individuazione di un riferimento unico anche per le altre figure professionali o équipe socio sanitari che operano nella Azienda in modo da fornire un coordinamento agli interventi di prevenzione, trattamento e riabilitazione socio sanitaria nel suo complesso.

ART. 2

OBIETTIVI

1. Gli obiettivi del servizio sono:

   - ✓ aumentare il livello di integrazione sociale del minore e della famiglia eliminando il rischio di istituzionalizzazione o riducendo lo stesso per i periodi strettamente necessari a garantire programmi riabilitativi;
   - ✓ il contenimento delle complicanze invalidanti di tipo irreversibile;
   - ✓ la promozione della permanenza dei minori in famiglia;

- ✓ la razionalizzazione degli interventi diagnostici, terapeutici e riabilitativi in piccoli pazienti con riacutizzazione di patologie croniche;
- ✓ l'avvio di interventi di dimissione protetta e/o ospedalizzazione domiciliare;
- ✓ la riduzione di ricoveri impropri nonché dell'utilizzo improprio dei servizi ospedalieri;
- ✓ la creazione di reti di servizi tra loro fortemente integrati, afferenti al sistema sanitario e a quello socio-assistenziale di competenza comunale, in grado di assumere, anche mediante l'uso delle più moderne tecnologie, la responsabilità di gestire i problemi del bambino fragile.

ART. 3

DESTINATARI DELL'ASSISTENZA

1. Fatta salva diversa determinazione regionale nell'ambito degli accordi decentrati, il servizio viene attivato nel caso di pazienti affetti dalle patologie di seguito elencate:
   - ✓ asma grave;
   - ✓ fibrosi cistica;
   - ✓ malattie cromosomiche e/o genetiche invalidanti;
   - ✓ sindrome di Down;
   - ✓ cardiopatie congenite a rischio di scompenso emodinamico;
   - ✓ artropatie con grave limitazione funzionale;
   - ✓ artrite reumatoide giovanile;
   - ✓ patologie oncoematologiche;
   - ✓ cerebropatie e cerebrolesioni, con forme gravi;
   - ✓ tetraplegia;
   - ✓ autismo e altre psicosi;
   - ✓ epilessie;
   - ✓ immunodeficienza congenita ed acquisita;
   - ✓ diabete mellito;
   - ✓ neonati a rischio di deficit neurosensoriali;
   - ✓ bambini con gravi situazioni di disagio socio-familiare (es. figlio di tossicodipendenti, famiglia non responsabile, bambino violato) o già sottoposti a provvedimenti tutelari da parte del Tribunale dei minori.

ART. 4

PROCEDURE PER L'ATTIVAZIONE DELL'ASSISTENZA

1. Il servizio è attivato dal pediatra di libera scelta di concerto con il Distretto di residenza del paziente anche su segnalazione di:
   - ✓ il responsabile dell'Unità Operativa ospedaliera all'atto della dimissione;

- ✓ servizi sociali;
- ✓ familiari del paziente.

2. Per ogni singolo paziente il pediatra propone un programma articolato di interventi socio sanitari. Tale programma deve essere concordato con il Distretto e dovrà contenere anche gli interventi demandati, per competenza, ad altri operatori della Azienda, nonché i momenti di verifica degli interventi stessi.
3. Il Distretto comunica l'ingresso in assistenza integrata del paziente entro 48 ore.
4. Il pediatra di libera scelta, nell'ambito degli interventi assistenziali:
   - ✓ ha la responsabilità unica e complessiva del paziente;
   - ✓ assicura gli interventi ambulatoriali e domiciliari ai pazienti destinatari dell'intervento, con le modalità e le cadenze previste dal programma concordato;
   - ✓ compila la scheda degli accessi fornita dall'Azienda presso il domicilio del paziente sulla quale vengono riportati gli interventi.
5. Previo accordo con il Distretto:
   - ✓ attiva le eventuali consulenze specialistiche;
   - ✓ attiva gli interventi infermieristici, riabilitativi e sociali programmati;
   - ✓ coordina gli operatori per rispondere ai bisogni del paziente.

ART. 5

COMPENSO ECONOMICO

1. Al pediatra oltre all'ordinario trattamento economico è corrisposto un compenso omnicomprensivo a quota variabile di Euro 18,90, per ogni accesso domiciliare, per bambino con patologia cronica.
2. La liquidazione deve avvenire entro il secondo mese successivo al termine del programma, che viene definito con durata massima annuale. La documentazione degli interventi eseguiti è presentata all'Azienda secondo le modalità e i tempi concordati.
3. I compensi di cui al comma 1) possono essere incrementati a seguito di specifici accordi aziendali che tengano conto del raggiungimento di predefiniti obiettivi relativi alle patologie di cui al presente allegato.

ART. 6

DOCUMENTAZIONE DI DISTRETTO

1. Presso ogni Distretto, è curata la tenuta di un fascicolo per ciascun pediatra che eroga l'assistenza di cui agli articoli precedenti.
2. Nel fascicolo sono contenuti gli elenchi dei soggetti assistiti ed i moduli per l'assistenza domiciliare.

Art. 7

Verifiche

1. Il dirigente medico responsabile del competente servizio dell'Azienda e i responsabili distrettuali delle attività sanitarie, possono in ogni momento verificare l'effettiva erogazione delle prestazioni previste nei programmi di assistenza.
2. Eventuali conseguenti iniziative vengono proposte ed assunte in accordo con il pediatra di libera scelta.
3. L'assistenza può essere non attivata o sospesa, motivatamente, sia dal pediatra che dall'Azienda, salvaguardando comunque le esigenze socio sanitarie del paziente.

Art. 8

Accordi decentrati

1. È demandata alla contrattazione regionale la definizione dei differenti contenuti e modalità di attuazione del presente Allegato.

ALLEGATO 9 – ASSISTENZA AMBULATORIALE A BAMBINI CON PATOLOGIA CRONICA.

ART. 1

1. L'assistenza ambulatoriale a bambini con patologia cronica è svolta assicurando presso lo studio del pediatra controlli clinici periodici: settimanali o quindicinali o mensili o a scadenze temporali definite in relazione alle eventuali esigenze del paziente per:

   - ✓ il monitoraggio dello stato di salute dell'assistito con particolare riferimento alla diagnosi precoce dei possibili eventi invalidanti correlati con la specifica patologia cronica;
   - ✓ il controllo dello sviluppo psicofisico del bambino;
   - ✓ la predisposizione ed attivazione di programmi individuali con carattere di prevenzione o di riabilitazione e loro verifica periodica;
   - ✓ le indicazioni ai familiari circa eventuali trattamenti dietetici, particolari bisogni diagnostici e specifici programmi terapeutici;
   - ✓ l'attivazione di un sistema di rilevazione che consenta la realizzazione di registri specifici per patologie in modo da fornire dati oggettivi circa l'impatto epidemiologico della patologia nello specifico territorio;
   - ✓ l'individuazione di un riferimento unico anche per le altre figure professionali o équipe socio sanitari che operano nella Azienda in modo da fornire un coordinamento agli interventi di prevenzione, trattamento e riabilitazione socio sanitaria nel suo complesso.

ART. 2

ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO AMBULATORIALE

1. Fatta salva diversa determinazione regionale nell'ambito degli accordi decentrati, il servizio viene attivato nel caso di pazienti affetti dalle patologie di seguito elencate:

   - ✓ Allergie gravi
   - ✓ Asma
   - ✓ Fibrosi cistica
   - ✓ Malattia celiaca
   - ✓ Malattie cromosomiche e/ o genetiche
   - ✓ Sindrome di Down
   - ✓ Cardiopatie congenite a rischio di scompenso emodinamico
   - ✓ Gravi artropatie degli arti inferiori con grave limitazione
   - ✓ Artrite reumatoide giovanile
   - ✓ Patologie oncoematologiche
   - ✓ Cerebropatie e cerebrolesioni, con forme gravi
   - ✓ Tetraplegia
   - ✓ Disturbi del comportamento

- ✓ Epilessie
- ✓ Immunodeficienza congenita e acquisita
- ✓ Diabete mellito
- ✓ Neonati a rischio di deficit neurosensoriali (secondo il percorso allegato)
- ✓ Bambini con gravi situazioni di disagio socio-familiare (es. figlio di tossicodipendenti, famiglia non responsabile, bambino violato) o già sottoposti a provvedimenti tutelari da parte del Tribunale dei minori.

ART. 3

1. Gli Accordi Integrativi Regionali definiscono le procedure per l'attivazione dell'assistenza, i compensi economici e le modalità di pagamento. Di seguito si forniscono indirizzi applicativi.
2. La segnalazione del caso che necessita di assistenza ambulatoriale può essere effettuata dal pediatra di libera scelta, dai competenti servizi sanitari e sociali e dal genitore/tutore legale.
3. L'esame del programma da parte del medico dell'Azienda deve avvenire, di norma, entro 7 giorni dalla segnalazione effettuata, secondo le modalità di cui sopra, al Distretto di residenza dell'assistito.
4. Al pediatra oltre all'ordinario trattamento economico è corrisposto un compenso omnicomprensivo di Euro 18,90 per accesso.
5. Gli accessi devono essere effettivi e devono rispettare le cadenze previste dal programma concordato.
6. Per la liquidazione dei compensi il medico segnala al Distretto, entro 10 giorni del mese successivo a quello di effettuazione della prestazione, tramite apposito riepilogo, il cognome, nome e codice fiscale dell'assistito e il numero degli accessi effettivamente avvenuti sulla base di quanto concordato.
7. La liquidazione deve avvenire nel secondo mese successivo alla effettuazione delle prestazioni, che devono essere documentate alla Azienda nei tempi previsti.

ALLEGATO 10 – PROGETTO SALUTE INFANZIA.

1. Le Regioni, nell'ambito della propria autonomia programmatoria, prevedono l'attivazione del «Progetto salute infanzia», che rappresenta un qualificato sviluppo del programma delle «visite età filtro» previsto nei previgenti Accordi. Il «Progetto salute infanzia», salve diverse determinazioni regionali, è costituito da un piano base che preveda almeno sei bilanci di salute, pianificati in età che possono permettere adeguati interventi di educazione sanitaria e profilassi delle malattie infettive in coerenza con il Patto per la Salute e con il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale, in particolare, ha l'obiettivo di:
   a) rilevamento epidemiologico sulla popolazione infantile delle patologie invalidanti e delle patologie emergenti;
   b) rilevamento di fattori di rischio sociale, neuroevolutivo, sensoriale e di sviluppo per effettuare una precoce diagnosi e presa in carico delle patologie croniche;
   c) effettuazione di adeguati interventi di educazione sanitaria;
   d) promozione e controllo della profilassi delle malattie infettive tramite informazione sulle vaccinazioni (calendario, vantaggi ed effetti collaterali).
2. Il pediatra è tenuto all'esecuzione delle visite età filtro secondo protocolli operativi, conformi al piano base del presente progetto, definiti mediante Accordi a livello regionale.
3. Tali protocolli devono prevedere un minimo di cinque bilanci di salute da eseguirsi nella fascia d'età zero sei anni secondo le tabelle seguenti, fatti salvi diversi Accordi regionali che possono prevedere lo svolgimento di ulteriori bilanci di salute di cui due entro il sesto anno di vita ed altri entro il periodo adolescenziale, per gli assistiti in carico. Al pediatra per ciascuno dei bilanci di salute spetta un compenso lordo di Euro 12,91, detratta la quota ENPAM a carico dell'Azienda.
4. La liquidazione dei compensi deve avvenire entro il secondo mese successivo alla presentazione del riepilogo. Il «Progetto salute infanzia» può prevedere, inoltre, livelli di implementazione legati ad obiettivi di educazione sanitaria e di profilassi delle malattie infettive e ulteriori azioni integrative che saranno oggetto di specifici accordi a livello regionale.
5. Qualora tali implementazioni dovessero rientrare nell'ambito di uno specifico progetto le Regioni, d'intesa con le Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative a livello regionale, rideterminano i compensi.
6. Al fine di garantire l'opportunità di usufruire del «Progetto salute infanzia» a tutti gli assistiti ed in particolare a quelli appartenenti alle fasce sociali svantaggiate, le Aziende dovranno informare adeguatamente le famiglie sui tempi di esecuzione del progetto ed invitarle al puntuale rispetto delle scadenze previste.

PIANO BASE		PRIMO LIVELLO DI IMPLEMENTO			SECONDO LIVELLO DI IMPLEMENTO
BILANCI DI SALUTE		OBIETTIVI			
ETA'	INTERVENTO	MODULO DI EDUCAZIONE SANITARIA	MODULO DI PROFILASSI MALATTIE INFETTIVE	AZIONE ESECUTIVA	AZIONE INTEGRATIVA
60/90 gg	Esame fisico, misurazione peso, altezza, circonferenza cranica. Valutazione psicomotoria e sensoriale	Prevenzione incidenti da trasporto in auto. Prevenzione Sids Prevenzione complicanze da fumo passivo Sostegno all'allattamento al seno	Promuovere i livelli di copertura per le vaccinazioni previste dai calendari vaccinali	Linea guida: -trasporto sicuro in auto -prevenzione Sids -fumo passivo -aspetti nutrizionali Consenso informato sulle vaccinazioni Informazioni reazioni avverse ai vaccini	Riflesso rosso Riflessi pupillari Questionario di rilevazione delle capacità uditive Vaccinazioni
180 gg +/- 30gg	Esame fisico, misurazione peso, altezza, circonferenza cranica Valutazione psicomotoria e sensoriale	Prevenzione incidenti domestici	Mantenere e/o incrementare i livelli di copertura vaccinale previsti	Linea guida caduta e pericoli sul fasciatoio	Questionario di rilevazione delle capacità uditive Riflesso pupillare alla luce Riflesso rosso
-30 gg 360 gg +60 gg	Esame fisico, misurazione peso, altezza, circonferenza cranica Valutazione psicomotoria e sensoriale	Prevenzione incidenti Prevenzione disturbi alimentari soprappeso ed obesità	Mantenere e/o incrementare i livelli di copertura vaccinale previsti	Presentazione MPR e recupero ritardi vaccinali Linea guida pericoli da caduta, soffocamento, corpi estranei, ecc... Linee guida nutrizionali	Cover test VACCINAZIONI
24 mesi +/- 120gg.	Esame fisico, misurazione peso, altezza, circonferenza cranica Valutazione psicomotoria e sensoriale. Valutazione linguaggio	Prevenzione incidenti Prevenzione disturbi alimentari soprappeso ed obesità	Mantenere e/o incrementare i livelli di copertura e recupero dei ritardi vaccinali	Linea guida pericoli da caduta, soffocamento, corpi estranei, ecc. Linee guida nutrizionali	Stereo test di Lang Cover test
3 anni +/- 180gg	Esame fisico, misurazione peso, altezza, circonferenza cranica Valutazione psicomotoria e sensoriale Valutazione linguaggio	Prevenzione incidenti Prevenzione disturbi alimentari soprappeso ed obesità	Recupero dei ritardi vaccinali	Linee guida nutrizionali	Vaccinazione Stereo test di Lang
5/6 anni	Esame fisico, misurazione peso, altezza, circonferenza cranica Valutazione psicomotoria e sensoriale Valutazione linguaggio	Prevenzione incidenti Prevenzione disturbi alimentari soprappeso ed obesità	Mantenere e/o incrementare i livelli di copertura e recupero dei ritardi vaccinali	Sostegno al regolare completamento del ciclo vaccinale Linee guida nutrizionali	Vaccinazione Podoscopia Test di acuità visiva

24A04367

MARGHERITA CARDONA ALBINI, *redattore* DELIA CHIARA, *vice redattore*

(WI-GU-2024-SON-030) Roma, 2024 - Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato S.p.A.

45-410301240826

€ 7,00